FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1946 N° 354

THÈSE

pour le

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

par

HAFNER Joseph-Désiré

Né le 1er Juillet 1918, à Galatz (Roumanie)

14 JUIN 1946

Présentée et soutenue publiquement le 1946

ASPECTS PATHOLOGIQUES

du

Camp de Concentration d'Auschwitz-Birkenau

Président : Professeur C. CHAMPY

IMPRIMERIE UNION COOPÉRATIVE
10, Rue de Metz, 10
TOURS

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1946 N°_____

THÈSE

pour le

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

par

HAFNER Joseph-Désiré

Né le 1er Juillet 1918, à Galatz (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le 1946

ASPECTS PATHOLOGIQUES

du

Camp de Concentration d'Auschwitz-Birkenau

Président : Professeur C. CHAMPY

IMPRIMERIE UNION COOPÉRATIVE
10, Rue de Metz, 10
TOURS

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN : **Baudouin.**

ASSESSEUR : **Léon Binet.**

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	CHABROL. FIESSINGER. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLÉRY-RADOT.
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale et Médecine du travail	DUVOIR.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BÉNARD (H.).
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE .

MM. DOGNON (Physique médicale), **GAILLARD** (Parasitologie), **GIROUD** (Histologie), **JAYLE M.** (Chimie médicale), **LAROCHE G.** (Médecine générale), **OLIVIER** (Anatomie), **RICHET** (Physiologie), **VERNE** (Histologie), **HALPHEN** (O.-R.-L.).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	N...
Anatomie path.	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
Chimie médicale	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FÈVRE.
	FUNCK-BRENTANO.
	MÉNÉGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	N...
	N...
	N...
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	N...
Hygiène	N...
Médecine générale	BARIÉTY.
	BERNARD (Et.).
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	DELAY.
	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LELONG.
	LENÈGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIÉ.
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	N...
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryng.	HALPHEN.
Parasitologie	LAVIER.
Parasitologie col.	N...
Pathologie expér.	LEMAIRE.
Pharmacologie	Mlle J. LÉVY.
	N...
Physiologie	N...
	N...
Physique médicale	DESGREZ (H.).
Therapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
rappelés à l'exercice pour le service des examens :

MM. BASSET (Chirurgie générale), **HUGUENIN** (Anatomie pathologique), **LE LORIER** (Obstétrique), **PIÉDELIÈVRE** (Médecine légale), **VAUDESCAL** (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
chargés de cours de clinique annexe à titre permanent :

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	GATELLIER. DE GAUDARD D'ALLAINES.	Clinique médicale	ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale.	ECALLE.		
Clinique oto-rhino-laryngologique..	N...		

V. — CHARGÉS DE COURS :

	MM.		MM.
Puériculture	LELONG.	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie ....,	LEDOUX-LEBARD.		

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en chef	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE TOUS CEUX QUI SONT MORTS

A AUSCHWITZ-BIRKENAU

AUX MÉDECINS DÉPORTÉS

qui ont fait leur devoir
dans des conditions effroyables

A VOUS, PARENTS ADORÉS

je dédie ce travail en témoignage de la profonde et tendre reconnaissance que votre admirable exemple et vos efforts m'ont toujours inspirés.

A AIMÉ

avec tout mon amour fraternel.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR CHAMPY

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

en hommage de vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MON MAITRE, LE DOCTEUR H. GRENET

dont nous avons eu le bonheur d'être l'interne et de qui nous tenons le meilleur de notre formation clinique.

A MON CHEF DE SERVICE

LE DOCTEUR MICHEL LAMOTTE

qui a bien voulu nous aider de ses conseils, et nous communiquer les résultats de ses recherches sur les rescapés des camps de concentration.

A MES CHEFS DE SERVICE

A L'HOPITAL BICHAT

LES DOCTEURS PLASS ET SCHWOB

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Dans l'histoire de la dernière guerre, le Camp d'Auschwitz-Birkenau constitue une des pages les plus douloureuses, les plus monstrueuses de l'humanité.

En trois ans, dans ce petit camp, ont été massacrés quatre millions d'hommes, femmes et enfants.

Si la grande majorité des victimes a subi une mort rapide dans les chambres à gaz, 450 à 500 mille hommes et femmes ont été tués par les conditions anormales de la vie dans le camp, dans des laps de temps extrêmement courts. A certaines époques — été et automne 1942 — 80 à 90 % de l'effectif des transports de 1.000 à 2.000 déportés furent exterminés en moins de deux mois. Les statistiques du camp nous ont permis de mettre en évidence que les transports de mars et avril 1942 ont été détruits dans la proportion de 80 % en quinze à vingt jours.

Nous avons pu observer ainsi toute une série de maladies exceptionnellement rencontrées dans la vie civile. Des états de carences graves, brusquement et rapidement réalisés, ont été déterminés par les conditions pathologiques, méthodiquement étudiées, dans lesquelles vivaient les déportés.

Sur ces terrains carencés, des maladies bénignes ont évolué d'une façon rapide. D'autres maladies qu'on aurait dû logiquement rencontrer dans ces conditions anormales de vie, n'ont pas fait leur apparition.

Enfin, les conditions de vie changeant d'une époque à l'autre et variant au même moment dans les différents camps qui constituaient le grand camp, nous ont permis d'étudier une pathologie comparée, et ainsi de pouvoir mettre en évidence le rôle de certains facteurs dans l'apparition de différents syndromes.

Dès le début, quelques impressions d'ensemble tirées d'une expérience de trois ans de déportation, dont vingt-huit mois passés à Auschwitz, s'imposent :

Il n'existe pas une pathologie particulière des camps de concentration. Nous n'y avons rencontré aucune maladie nouvelle et l'évolution clinique des maladies correspondait dans ses grandes lignes aux cadres classiques.

Mais notre surprise médicale — atroce surprise — a été de constater qu'il est possible de réaliser en quelques jours par un complexe de conditions anormales d'hygiène, d'alimentation, de logement, par un effort physique surhumain et par une tension nerveuse extrême des cachexies graves ; des cachexies d'une intensité telle que le monde médical n'a pas eu l'occasion d'en observer dans les derniers siècles, des cachexies qui auraient pu paraître à un nouveau venu comme le résultat de privations de très longue durée.

Notre conception des états carenciels était autrefois liée à une notion de temps. Notre triste expérience du camp d'Auschwitz-Birkenau nous a montré qu'en ajoutant à de graves privations alimentaires, qualitatives et quantitatives, un effort physique continu, violent, prolongé, il est possible de réaliser un syndrome complet de carence aiguë et d'aboutir à la mort d'un individu en quelques jours, en deux à trois semaines.

Ce ne sont pas là des faits exceptionnels. Pendant des années ces syndromes ont été réalisés par des centaines de milliers de déportés, et ainsi ont été exterminés des hommes qui, un ou deux mois auparavant présentaient une constitution normale. Et bien qu'il puisse sembler paradoxal de parler de résistance humaine au sujet de milliers d'individus tués en quelques jours, pendant tout le temps passé dans le camp, nous avons été étonné de constater la résistance de ces êtres qui, dans un état complet de déficience physique et morale étaient encore capables d'accomplir un travail pénible et long.

Chaque jour en 1942 les kommandos ramenaient le soir les cadavres de deux à trois cents déportés qui, le matin même, avaient encore eu la force d'aller au travail et de travailler. Et si certains étaient morts à la suite de traumatismes violents : par fractures du crâne ou hémorragies, d'autres, la grande majorité, avaient succombé dans un dernier effort, et en donnant l'impression d'avoir atteint un seuil qu'il était impossible de dépasser.

Cette résistance humaine extraordinaire, presque inconcevable, apparaît encore plus évidente chez les quelques rares survivants des camps de concentration. Bien qu'en général, ils aient joui de conditions de vie plus favorables, il est difficile de réaliser que pendant des années ces hommes ont fourni un effort physique considérable sans manger un gramme de graisse animale, sans savoir ce qu'est un fruit, un verre de lait, un morceau de sucre ou un peu de viande fraîche.

Chez tous, une série de fonctions d'adaptation ont fait leur apparition. L'exemple des rares malades que nous avons pu soigner est édifiant. Dans des conditions qui, dans la vie normale, paraîtraient atroces, dans une promiscuité complète, sans aucun médicament, du fait exclusif du repos et du manque de travail, il nous a été possible d'observer des améliorations qui auraient pu surprendre dans les cliniques modernes.

Pour toutes ces raisons, nous avons considéré comme un devoir de consacrer notre thèse aux impressions médicales retirées des vingt-huit mois passés dans le camp de Birkenau.

Nous ne pouvons terminer cet ouvrage sans consacrer un chapitre aux expériences humaines réalisées dans le camp par les médecins nazis.

Dès le début, nous tenons à affirmer que ces expériences ont été faites par des hommes n'ayant aucune qualification scientifique et n'étant bien souvent que de simples amateurs.

Malgré les souffrances supplémentaires imposées à quelques milliers de cobayes humains, aucun résultat positif n'a pu être enregistré.

HISTORIQUE

Situation géographique et conditions climatiques

Le camp de Birkenau est situé à trois kilomètres d'Auschwitz, dans le voisinage d'un ancien village polonais, Raisko, à quelque quarante kilomètres de Cracovie et cinquante kilomètres de Katowitz, en Haute-Silésie.

Pour le construire, les Allemands avaient détruit toutes les maisons d'habitation sur plusieurs centaines d'hectares. Presque aucun arbre ne restait debout et tout notre horizon se réduisait à une plaine argileuse et monotone ne gardant aucune trace de vie civilisée, aucune végétation. Ainsi, la visibilité s'étendait loin et la surveillance du futur camp était facile.

La région d'Auschwitz est une région marécageuse. Le climat y est continental, excessif, avec des étés très chauds et secs, des hivers très froids (— 20°, — 30°) et des pluies abondantes au printemps et en automne. Les moustiques abondent. Les livres de médecine polonais reconnaissent que la malaria, la thyphoïde et le thyphus exanthématique existent dans la régions d'Auschwitz à l'état endémique.

L'eau est riche en carbonate de fer.

HISTORIQUE.

Le camp de Birkenau, dépendant du camp d'Auschwitz, a été créé en mars 1942. Quelques centaines de détenus : Polonais, prisonniers de guerre russes, Juifs de France, de Slovaquie et de Pologne, commandés par des condamnés de droit commun allemands, furent envoyés d'Auschwitz pour le construire.

Progressivement, le nombre des détenus augmente. Des convois de Français, de Tchèques, Polonais, Juifs hollandais, polonais, slovaques, se multiplient. La mortalité est impressionnante. C'est pour cette raison que l'effectif du camp reste très variable, — fonction du nombre des transports qui arrivent.

EFFECTIF.

Pendant l'été 1942, l'effectif oscille autour de 13.000 détenus. En trois mois, plus de 30.000 arrivants entrent dans le camp. Le nombre des morts varie journellement entre 200 et 300. En plus, deux fois par semaine, les hommes qui remplissent le block 7, les inaptes au travail, sont gazés. Dans une seule semaine d'août 1942, sont ainsi supprimés 5.000 détenus : 2.000 dans le camp et 3.000 envoyés au gaz (soit : une mortalité de 40 % en une semaine).

Au cours du mois d'octobre 1942, l'effectif tombe de 13.000 à 2.600, bien que plusieurs nouveaux transports entrent dans le camp.

A partir du mois d'août, un camp de femmes est créé, quelques centaines de déportées se trouvant depuis plusieurs mois dans le voisinage. Leur nombre va augmenter régulièrement pour atteindre, pendant l'été 1944, le chiffre de 60.000 Leurs conditions de vie sont effroyables.

Le travail de ces milliers de condamnés à mort aura pour résultat la création d'un camp de concentration immense, contenant plus de deux cents baraques et quatre fours crématoires (le nombre des détenus de Birkenau a dépassé 100.000 pendant l'été 1944).

Le camp est divisé par des fils de fer barbelés en plusieurs petits camps, ayant chacun son régime à lui et sa population propre.

Dès la fin de février 1943 est constitué un camp de Bohémiens. Ils viennent de tous les coins de l'Europe, mènent une vie de famille, ne travaillent pas ; on trouve dans la même baraque des adultes et des enfants, et la séparation entre les hommes et les femmes est plutôt théorique.

20.000 Bohémiens entrent dans le camp entre mars 1943 et août 1944. Le 1er août 1944 restent en vie presque 4.000 survivants, qui sont gazés ce même jour.

En septembre 1943 est créé un camp de famille pour les Juifs venant de Theresienstadt (Tchécoslovaquie). Ils ne travaillent pas, conservent leurs vêtements et leurs cheveux. Ils ont le droit d'écrire et de recevoir des colis. Ils jouissent d'un bon régime alimentaire, d'un hôpital assez bien équipé. Les enfants sont réunis dans des garderies, dirigées par des institutrices.

Le premier transport arrivé en septembre 1943 est entièrement gazé en mars 1944, le second l'est en grande partie en juillet 1944.

Un camp de quarantaine pour les nouveaux arrivés existe depuis août 1943, ainsi qu'une grande infirmerie groupant quinze blocks, avec un effectif de 1.000 à 2.500 malades.

Enfin, deux nouveaux camps de femmes sont créés en 1943.

CONDITIONS DE VIE.

Les conditions de vie ont varié dans le camp de Birkenau. Atroces, inconcevables en 1942 et le début de 1943, elles se sont améliorées à partir de mars 1943. C'est à cette date que commencent à fonctionner les quatre fours crématoires avec leurs quatre chambres à gaz. Grâce à ce fait, l'extermination sauvage réalisée à ce moment par un complexe de conditions pathologiques de vie est remplacée par une extermination scientifique massive, rapide, colossale. Dans cette deuxième époque nous avons eu la conviction que la vie et l'état des détenus dans le camp était un moyen psychologique employé pour calmer et rassurer les milliers d'hommes, femmes et enfants journellement massacrés dans les chambres à gaz.

Les conditions de vie étant très différentes dans ces deux périodes, nous diviserons en deux époques l'histoire du camp de Birkenau : la première époque d'extermination sauvage avant mars-avril 1943 ; la seconde époque d'extermination scientifique, après cette date.

Première époque : **Extermination sauvage**

Le logement. — Les premières baraques construites à Birkenau étaient en briques avec très peu de mortier. Les blocks faisaient 40 mètres de long sur 8 mètres de large et environ 3 mètres de haut. Ainsi le cubage d'une baraque était presque de 1.000 mètres cubes, et cette baraque devait abriter souvent 1.200 à 1.400 hommes. Donc, moins de un mètre cube par personne. (Nous tenons à rappeler qu'actuellement un hôpital moderne possède un cubage de 200 mètres cubes par individu.) Comment était-il possible de grouper un si grand nombre d'hommes? Les blocks, divisés par des planches et des briques, formaient une série de boxes ou niches. Chaque baraque en présentait trois étages ; la surface de chaque niche faisant 1 m² 1/2. Sur ce mètre carré et demi devaient coucher six, sept et huit hommes. Il était impossible d'y rester assis, la hauteur ne dépassant pas 80 centimètres, et la surface réduite ne permettait pas à sept ou huit hommes de s'allonger. Cinq ou six dormaient en long, et les autres couchaient sur leurs jambes. Au début, les hommes dormaient sur les planches ou sur la pierre. Plus tard, on mit un peu de paille dans chaque niche et une couverture pour sept hommes.

Cet encombrement explique en grande partie la pathologie du camp, la propagation facile des maladies infectieuses et le nombre des parasites : poux, sarcoptes, champignons.

Plus tard ont été construites des baraques en bois où l'encombre-

ment était moins accentué. Ces baraques constituèrent les nouveaux camps à partir d'avril 1943.

Les conditions d'hygiène. — Il n'existait en 1942-1943 à Birkenau aucune installation sanitaire. Un seul robinet alimentait en eau un camp de 13.000 hommes. A l'heure où les kommandos rentraient, ce robinet était fermé, donc impossibilité de se laver. Il n'y avait pas de savon dans le camp. Le linge n'était jamais changé, les hommes le gardaient jusqu'à leur mort, et les vêtements des morts étaient repris par les vivants.

Au début, à l'arrivée, les déportés conservaient leurs vêtements civils qu'on barbouillait de peinture verte ou rouge pour empêcher les évasions. Dans les premiers mois, il n'y avait aucune désinfection à l'arrivée ; les cheveux étaient rasés. Chaque détenu recevait un numéro d'ordre qui lui était tatoué sur l'avant-bras gauche, exception faite pour les détenus allemands.

Plus tard, les vêtements furent complètement changés à l'arrivée, contre des vêtements rayés de bagnards. Pendant l'hiver, les déportés n'avaient qu'une chemise et une veste rayée légère. Les chaussures détruites ne pouvaient être remplacées qu'après plusieurs jours. Souvent on a vu des hommes et des femmes marcher pieds nus dans la neige. Le mauvais état des chaussures en bois ou leur absence complète explique le nombre considérable de phlegmons des membres inférieurs et de gelures.

A partir du 15 décembre, les hommes recevaient un léger pull-over et des manteaux en loque, sans doublure. Il faisait — 20°, — 30° et il fallait rester au moins dix heures par jour sans arrêt dans le vent et la neige.

L'absence d'eau et de savon, l'encombrement des blocks, le fait que les hommes gardaient leurs vêtements pendant la nuit et que le linge n'était jamais changé ou lavé favorisait l'invasion des poux à Birkenau. Quand elles firent leur apparition, les couvertures noires semblaient souvent blanches à cause des poux. Ils ont été la cause non seulement d'une effroyable épidémie de typhus exanthématique, mais aussi par les lésions de grattage, l'origine des cas fréquents de furonculose, d'infections cutanées, etc., etc. La lutte contre les poux commença en octobre 1942. Elle était inefficace et consistait seulement en un contrôle des poux (Laüsekontrolle).

A partir de décembre 1942 des bains de vapeur furent créés, mais l'épouillage restait plutôt théorique, car il n'existait pas d'eau dans le camp. Seulement une fois par semaine, dans la nuit du samedi au dimanche, les détenus étaient rasés. Le même rasoir, le même blaireau servaient pour plusieurs centaines d'hommes, ce qui explique l'importante épidémie de tricophytie que nous avons connue à Birkenau.

Les cabinets se réduisaient à des trous présentant une bordure de

béton, où s'asseyaient les détenus. De temps en temps on y jetait un peu de chlorure de calcium. L'accès n'en était pas libre et le nombre de places limité. Avec la diarrhée violente et l'incontinence urinaire, on trouvait de l'urine et des excréments dans tout le camp. Les ordures étaient déposées dans le voisinage des cabinets. Des centaines d'hommes venaient y chercher quelques épluchures de rutabagas et de pommes de terre. Un kommando devait brûler ces ordures, mais en réalité les détenus en retiraient tout ce qu'ils pouvaient trouver.

La présence d'immondices dans le voisinage des baraques, le terrain marécageux, les flaques d'urine répandues dans tout le camp suffisent à expliquer l'abondance des moustiques qui, avec les poux, ont provoqué un très grand nombre de lésions cutanées.

Le travail. — Le travail durait presque douze heures par jour, de 6 heures du matin à 6 heures du soir, avec une courte interruption à midi pour la soupe. En général, les détenus étaient employés à des terrassements. Ils devaient transporter de la terre pendant toute une journée dans des caisses de bois épais, sans poignées, pesant vides de 15 à 20 kilos. Les hommes devaient courir avec ces caisses chargées. Des dizaines de SS armés de bâtons, aidés par des condamnés de droit commun allemands et polonais, obligeaient à un rythme de travail anormal. Pour la moindre faute, les coups pleuvaient, provoquant des fractures ouvertes du crâne. Dès qu'un détenu tombait, deux chefs d'équipe allemands l'égorgeaient, pesant avec leurs pieds sur une pelle posée sur sa gorge.

Pour ceux qui n'ont pas connu l'intensité de l'effort physique et la tension nerveuse demandés à ces malheureux, il est difficile de concevoir quelle dépense d'énergie exigeait une telle activité violente et continue.

Un seul exemple suffira peut-être pour illustrer ces faits.

Le jour de Noël 1942, 5.000 détenus durent transporter du sable dans leur veston retourné, entre deux rangées de SS et de détenus allemands armés de bâtons. Il fallait courir vite. De 9 à 11 heures du matin, il y eût ainsi 350 morts, soit une mortalité de 7 % en deux heures.

Dans d'autres kommandos, les détenus étaient pendus, noyés ou fusillés par les sentinelles. Souvent ils devaient rester dans l'eau jusqu'à la ceinture des journées entières pour construire des canaux ou pour couper des roseaux dans les marécages.

Les appels. — Dans la mémoire de tous les survivants des camps de concentration, les appels resteront comme un des plus tristes souvenirs. Grâce à ces appels prolongés, souvent durant plusieurs heures, un effort physique supplémentaire était demandé à ces hommes complètement épuisés. Levés à 3 ou 4 heures du matin, travaillant de 6 heures du matin à 6 heures du soir, des milliers d'hommes exténués devaient rester

debout sous la pluie, dans la neige, et souvent dans une position de garde-à-vous, pendant deux, trois, quatre heures le soir. Les heures de sommeil se réduisaient ainsi à six heures par jour, et souvent moins. Cet orthostatisme prolongé (18 heures par jour) sera un facteur important dans l'apparition des œdèmes.

Les punitions. — Les punitions, dans les camps, étaient très variées. Nous avons dû faire un effort pour croire qu'elles avaient été conçues par des hommes. Toutes, surtout dans la première époque, eurent pour résultat une mort rapide.

La plus banale des punitions était « le sport ». Obliger les détenus à accomplir des exercices physiques fatigants à un rythme très rapide, pendant assez longtemps. La moindre faute méritait la mort, et les coups pleuvaient sans cesse sur toutes les parties du corps provoquant très souvent des fractures ouvertes à plusieurs fragments.

Dans certains cas, 25, 50 et 100 coups étaient donnés avec un cérémonial particulier, devant tous les détenus, en présence du chef du camp. Le résultat : des hématomes fessiers étendus aboutissant à une nécrose rapide.

La nourriture. — Le matin, les déportés recevaient un peu d'eau bouillie, colorée en noir par quelques herbes amères : deux litres de ce « thé » pour dix hommes, la même gamelle sale passait dans les dix rangs d'hommes. Le soir, après l'appel, encore un quart de litre de « thé » leur était distribué. C'était la seule quantité de boisson pour une journée de travail de douze heures sous le soleil torride de Pologne. L'eau n'était pas potable, et dans le camp on pensait qu'elle était la cause de l'épidémie de diarrhée. Elle était très riche en carbonate de fer.

A midi, les détenus recevaient un litre de soupe. Il fallait manger vite, debout, chaude, avec l'espoir d'un peu de « rabiot ». En général, c'était une soupe très liquide, de rutabagas, de navets ou de choux, quelquefois de pommes de terre non épluchées. On peut en évaluer à 150-200 grammes le contenu solide et, en tenant compte des traces de margarine, on peut estimer qu'elle apportait de 400 à 600 calories. Le soir, les détenus recevaient 300 grammes de pain intégral contenant 15 % de son et 40 % de fécule de pommes de terre, donc un apport de 500 à 600 calories. Deux fois par semaine, on leur octroyait 40 grammes de margarine, deux fois 30 grammes d'un fromage très pauvre en matières grasses, deux fois 10 grammes de saucisson, et deux fois une cuillerée de confitures de rutabagas.

En résumé, on peut estimer à 1.200-1.400 calories la ration journalière théorique des détenus. En réalité, elle était inférieure à ce chiffre. Dans ce milieu de massacre, de perversion, le vol était courant à tous les échelons. Les SS volaient à la cuisine et les chefs de blocks dans les baraques.

Quoi qu'il en soit, pour des hommes fournissant un travail continu de douze heures par jour, la ration alimentaire était quantitativement insuffisante. Mais la déficience était aussi qualitative. Les protides et les lipides manquaient presque totalement. Les produits d'origine animale étaient exceptionnels, la carence en vitamines grave, surtout en vitamines PP, B_2, C et A, carence importante aussi en calcium et fer.

Cette carence alimentaire explique en grande partie le syndrome de famine observé à Birkenau. La soif fut aussi une des plus atroces tortures imposée aux déportés. Pour calmer leur soif et leur faim ils dévoraient les rares brins d'herbe et de pissenlits trouvés. A la suite de cette habitude, nous avons vu plusieurs intoxications belladonées chez des détenus ayant ingéré des solanées riches en belladone.

L'organisation médicale. — Pendant cette première période d'extermination sauvage, l'organisation médicale était pratiquement inexistante. Et pourtant, dans chaque block de travail se trouvait un médecin de block ou un infirmier. Leur rôle : transporter les cadavres — il y en avait tous les matins dix, vingt et trente devant chaque baraque — au dépôt des cadavres. Le soir, ils devaient emmener les malades à l'infirmerie, les aider à se tenir debout pendant la soi-disant visite médicale et accomplir leur transfert au block 7 où les « inaptes au travail », les condamnés à mort, attendaient les voitures qui devaient les emmener aux chambres à gaz.

Les médecins de block ne disposaient d'aucun médicament et, bien que leur travail consistât pendant le jour à nettoyer le block — donc un travail beaucoup plus facile qu'au kommando — sur quarante médecins en août 1942, nous sommes rentrés trois.

L'infirmerie du camp se trouvait au block 12. C'est là que le soir, après l'appel, se traînaient des centaines d'agonisants. Il est très difficile de décrire l'état squelettique de ces affamés, les œdèmes énormes, les phlegmons des membres, le délire des thyphiques ou l'état de ceux qui avaient été déchirés par les chiens SS. Ce qui leur restait de vêtement, était souillé de matières fécales et tous dégageaient une odeur nauséabonde de diarrhéiques.

La grande majorité ne pouvait plus se tenir debout, mais la crainte d'être envoyés aux gaz empêchait les déportés d'aller à l'infirmerie tant qu'ils considéraient leur mal encore guérissable.

L'infirmerie était dirigée par un ancien serrurier qui se vantait d'avoir fait plusieurs dizaines d'amputations. Le médecin chef était un médecin polonais, ancien officier, dont la brutalité envers les malades et les autres médecins a été une de nos plus douloureuses déceptions.

Parmi les malades, ceux dont la température axillaire dépassait 39°, ceux qui présentaient des phlegmons étendus recevaient une fiche de transfert au block 7, pour le lendemain. Malgré leur état, les autres

devaient reprendre le travail, les ordres des SS étant formels. Il fallait travailler jusqu'à l'épuisement complet.

Le médecin SS d'Auschwitz venait rarement à Birkenau, et un infirmier SS dirigeait toute l'activité sanitaire.

Il n'y avait presque aucun médicament. Aux diarrhéiques on distribuait de temps en temps un gramme de charbon médicinal ou un comprimé de tannin par jour. L'aspirine était assez rare, les tonicardiaques et les sulfamides inexistants.

Chaque soir, avec des moyens de fortune — bandes de papier, un peu de lignine et de pommade à l'ichtyol — les médecins de l'infirmerie faisaient des centaines de pansements. Bien qu'il y eût 13.000 détenus dans le camp, l'infirmerie ne possédait presque aucun instrument chirurgical en 1942.

A côté de l'infirmerie, le block 12 servait d'hôpital aux détenus allemands et à quelques rares Polonais. Les médecins qui les soignaient disposant de quelques médicaments, grâce au repos et aux meilleures conditions d'hygiène, leur situation était très enviée. Présentant des syndrômes moins graves à évolution plus lente, nous avons pu étudier plus facilement leurs maladies et ainsi reconstituer par fragments les syndrômes de la grande majorité des détenus dont l'évolution rapide échappait à toute thérapeutique et bien souvent à une interprétation clinique satisfaisante.

Il faut reconnaître que l'énorme majorité des détenus n'a jamais subi à ce moment-là aucun examen médical sérieux et si aujourd'hui nous osons donner une description de certains états pathologiques rencontrés dans le camp, c'est grâce à des formes atténuées, plus lentes, observées par la suite.

Nous rappelons que pendant l'année 1942, 90 % des hommes mouraient en moins de deux mois après leur entrée dans le camp, et la majorité — dans les dix à vingt premiers jours. Tous, en général, passaient, après la visite à l'infirmerie, au block 7.

Les descriptions qui nous restent des hospices du Moyen Age auraient paru un rêve merveilleux à ces malheureux. Tout autour du block 7 se dégageait une odeur lourde, de diarrhéique, de cadavre, de vermine. Dans la cour, des centaines de cadavres et d'agonisants, sur lesquels il fallait marcher pour entrer dans le block. Là, plus de mille malades entassés dans des conditions indescriptibles, donnaient l'impression d'une véritable Cour des Miracles. L'atmosphère chargée de toute une série d'odeurs nauséabondes, était presque irrespirable. Aucun classement par maladie : dans la même niche voisinaient un phlegmon et un typhus exanthématique, un œdème par carence et un pneumonique. Aucun médicament n'était distribué, et des coups jusqu'à la dernière minute. Les rations alimentaires étaient très réduites : le tiers ou le quart de la ration normale, car le vol prenait dans ce block des proportions scandaleuses. Une souffrance supplémentaire était encore impo-

sée à ces hommes exténués et malades : la soif, le supplice atroce pour des fiévreux à 40°. Une souffrance morale s'ajoutait à cette souffrance physique : l'attente des voitures qui devaient les conduire aux chambres à gaz. Nous tenons à signaler que malgré cette angoisse prolongée souvent pendant plusieurs jours, dans une tension nerveuse anormale, due au délire des thyphiques, aux gémissements des agonisants, au voisinage des cadavres, les cas de démence furent exceptionnels. Très souvent on remarquait un état d'hébétude, d'indifférence, de stupeur ; dans d'autres cas, un désir d'en finir très vite. Les suicides étaient fréquents, soit par tentative de pendaison, soit par électrocution au contact des barbelés (l'électrocution au block 7 était impossible, les détenus étant enfermés dans le block). Deux ou trois fois par semaine, les camions venaient chercher ces agonisants pour les emmener aux gaz. Les condamnés attendaient pendant des heures sous la surveillance des chefs de blocks munis de bâtons, tout nus ou avec seulement une chemise sale. Chargés sous les coups, jetés pêle-mêle les cadavres et les vivants, ils allaient à la mort. Leurs cris étaient calmés par les coups des SS, mais bien souvent s'élevait une impressionnante « Marseillaise » chantée même par des voix non françaises. Sur les registres du camp existait une mention spéciale pour les détenus envoyés aux gaz : S. B. (Sondern Behandlung), c'est-à-dire traitement spécial. La chambre à gaz était une petite maison dans le bois. Comme gaz, on employait l'acide cyanhydrique spécialisé sous le nom de Cyclon B.

Les fours crématoires n'existant pas encore, les cadavres étaient brûlés dans des fossés par un kommando spécial, constitué par des détenus, tués au moindre signe de résistance. Ils durent aussi déterrer les cadavres de plus de 10.000 prisonniers de guerre russes tués dans le camp en 1941 et 1942, afin de les brûler. Pour cette raison, ces hommes dégageaient une odeur particulière et nous les croyons avoir été à l'origine de certaines épidémies.

Deuxième époque : **Extermination scientifique**

La deuxième époque débute en mars-avril 1943, au moment où les quatre fours crématoires commencent à fonctionner. Jusqu'à cette date le régime du camp était le même pour tous les déportés, le pourcentage de mortalité ne différait que de très peu entre les différentes catégories de détenus, Français, Russes, Polonais, Tchèques, Belges et Juifs. De tous les détenus, seuls les Allemands n'étaient pas envoyés aux gaz.

A partir de cette date, l'extermination par le gaz fut presque exclusivement réservée aux Juifs (en août 1944, 4.000 Bohémiens ont été gazés, ainsi que quelques transports de 100-200 Polonais et Tchèques).

Cette extermination commença avec les 60.000 Juifs de Salonique, dont 50.000 en avril et mai 1943.

Et, suivant un rythme prévu à l'avance, presque trois millions d'hommes furent gazés en deux ans : Juifs de France, de Slovaquie, de Pologne, de Belgique, Hollande, Norvège, Finlande, Italie, Russie et même Tunisie. Le massacre atteignit son maximum en mai et juin 1944. En quarante jours furent gazés et brûlés 500.000 hommes, femmes et enfants venant de Hongrie. A la gare, dès l'arrivée des convois, une sélection était faite par le médecin SS du camp. Les vieillards, les femmes avec enfants, les enfants étaient tout de suite dirigés vers les chambres à gaz. Environ 10 % de l'effectif d'un transport entrait dans le camp. Des camions emmenaient ceux qui allaient aux gaz. Une voiture ambulance de la Croix-Rouge suivait le convoi. C'est cette même voiture qui transportait l'acide cyanhydrique destiné à tuer ces milliers de victimes.

Un chapitre spécial sera consacré au fonctionnement des chambres à gaz et des fours crématoires.

Coïncidant avec l'inauguration des fours crématoires, nous constatons une amélioration des conditions de vie dans le camp. Dès le début du mois d'avril 1943, brusquement il est interdit de battre. Quoique cette interdiction soit plutôt théorique, nous n'assistons plus qu'exceptionnellement aux scènes de cruauté et de sauvagerie, auxquelles nous étions habitués. L'interdiction de frapper a un résultat pratique immédiat : le rythme du travail ralentit. Des nouveaux camps sont créés. Au lieu de 1.000 ou 1.200, les blocks ne contiennent plus que 300 à 600 détenus. Des douches et une installation primitive de lavabos permettent aux déportés de se laver. Le linge est changé environ tous les quinze jours, mais l'hiver les détenus sont toujours très insuffisamment habillés.

La lutte contre les poux est devenue efficace. Un bâtiment de grandes dimensions, contenant plusieurs énormes autoclaves et une salle de douches a été construit. En entrant, les détenus quittent leurs vêtements ; ils sont ensuite complètement rasés, passés à la douche, désinfectés au « cuprex », et reçoivent ensuite leurs vêtements désinfectés. Les blocks le sont aussi à l'acide cyanhydrique — le même qui sert à tuer les hommes. Les cas de typhus deviennent rares.

La nourriture est plus abondante ; deux fois par semaine les détenus qui travaillent reçoivent 600 grammes de pain et 40 grammes de saucisson. De cette façon la ration journalière apporte 1.400 à 1.500 calories par jour. Les détenus polonais, tchèques et allemands sont autorisés à écrire à leurs familles et à recevoir des colis, dont le nombre va augmentant. L'évolution des maladies sera différente suivant que le détenu reçoit ou non des colis. Un hôpital est créé, qui constitue un camp à part. Dans quinze blocks sont alités environ 2.000 malades. Il existe des blocks chirurgicaux, des blocks de médecine, de tuberculose, de maladies infectieuses et de diarrhéiques.

Les médecins peuvent, enfin, se consacrer à la médecine. En général, leur activité se réduit à établir un diagnostic. Ils sont des cliniciens, mais les moyens thérapeutiques leur manquent. Une partie des médicaments apportés par les nouveaux déportés est accordée à l'infirmerie du camp. Les médicaments existent, quoique insuffisamment. Par exemple, pour quarante cas d'érysipèle nous recevons 5 grammes de rubiazol ; pour 200 diarrhéiques, 40 grammes de charbon et 200 gouttes de teinture d'opium, etc. Mais l'expérience nous a montré que le réconfort moral apporté par le médecin n'est pas le moyen thérapeutique le moins efficace dont il dispose.

Les médecins allemands accordent une importance particulière aux feuilles de température. Certains termes sont absolument interdits : diarrhée, cachexie, asthénie. Nos observations doivent démontrer que les malades ne sont pas morts de famine, d'épuisement, et quoiqu'ils n'en reçoivent que des quantités insuffisantes, nous devons mentionner sur nos observations tous les médicaments que leur état de santé aurait nécessité. Le plus souvent, suivant l'ordre des médecins SS, nous devons mettre comme cause de décès : défaillance cardiaque.

Quoique cela puisse sembler paradoxal, les blocks chirurgicaux sont assez bien outillés. Bien que nous n'ayons jamais pu obtenir une stérilisation des pansements, ni des salles d'opérations aseptiques, des opérations importantes : laparatomies, hysterectomies, ostéosynthèses, sont effectuées avec des résultats satisfaisants. Depuis 1944, un poste de radiologie et un laboratoire existent dans le camp. D'autre part, nous pouvons demander des analyses au laboratoire de l'Institut d'Hygiène d'Auschwitz.

Les résultats? Les hommes vivent plus longtemps. Au lieu de mourir après un ou deux mois, ils meurent après six mois de camp. Les syndrômes de carence s'établissent après un laps de temps plus long. A côté des carences globales, il nous est permis de voir quelques cas d'avitaminoses atypiques. Souvent, nous assistons à la guérison de pneumonies, surtout chez les détenus recevant des colis. Malheureusement, ils doivent reprendre trop vite leur travail, et quelques jours plus tard ils nous reviennent dans un état qui échappe à toute thérapeutique.

Les sélections pour les gaz sont plus rares. C'est pour cette raison que les malades n'hésitent plus à aller se faire soigner à l'hôpital. Mais de temps en temps, tous les mois ou tous les deux mois, 70 à 80 % des malades sont gazés. Quand le chiffre nécessaire pour les gaz n'est pas atteint, les médecins allemands choisissent parmi les travailleurs ceux qui sont maigres ou qui présentent des dermatoses.

En conclusion : dans la deuxième époque, la vie dans le camp de Birkenau s'est améliorée. Les conditions de travail et d'hygiène sont meilleures et un service médical, relativement bien organisé, mais pauvre en moyens thérapeutiques, existe. Malgré ces améliorations, les conditions de vie sont tout à fait déficientes et les détenus meurent en

général après six mois de la vie de camp. Les médecins SS choisissent à l'arrivée de chaque transport, et environ une fois par mois, à l'hôpital du camp les hommes qui doivent être gazés.

Pourquoi cette amélioration? Notre impression personnelle est que les milliers de détenus enfermés dans le camp devaient servir à rendre confiance aux milliers d'hommes, femmes et enfants journellement destinés aux fours crématoires.

Comment les nouveaux arrivés auraient-ils pu deviner le sort qui les attendait en voyant ces camps propres, avec leur orchestre, leur piscine et leurs terrains de football?

PATHOLOGIE DU CAMP

Au cours de notre séjour dans le camp, nous avons été amené à voir un très grand nombre de malades présentant les affections les plus diverses.

Les quelques remarques que nous allons exposer dans cette revue de la pathologie du camp ne constituent pas un travail, à proprement parler, scientifique.

Quelques constatations se sont imposées à nous par leur répétition au cours de ces longs mois de captivité ; c'est ce que nous allons essayer d'exposer.

Les grandes lois de la pathologie nous ont paru immuables et nous devons reconnaître avoir rencontré dans le camp un très grand nombre de ces cas qu'il est convenu, en médecine, d'appeler des cas banaux. Tel malade voyait évoluer son hypertrophie prostatique, et tel autre continuait à souffrir des poussées paroxystiques d'un vieil ulcère d'estomac. Le manque de soins, les conditions d'hygiène, le travail forcé aggravaient les souffrances de ces malheureux, mais la physionomie clinique de leur affection ne différait pas de celle de la pratique civile.

De même, la pathologie traumatique (contusions, plaies, fractures) ne se distinguait que par la multitude inouïe des cas, les traumatismes étant dûs le plus souvent aux sévices des SS, qui se livraient sur les détenus à des actes de sauvagerie, parfois extraordinaires (fractures ouvertes du crâne par coups de matraque, nécrose testiculaire par coups de pied, perforations viscérales par coup de feu à bout portant, etc.

D'autre part, nous avons assisté à l'éclosion de tableaux cliniques ayant pour origine les conditions de vie dans le camp.

Comme pour les chapitres précédents, nous diviserons la pathologie du camp en deux époques :

Pathologie du Camp

dans la première période d'extermination sauvage

(1942 - Avril 1943)

Ce qui caractérise cette époque, c'est la rapidité avec laquelle les états de carence apparaissaient et évoluaient. La durée moyenne de vie dans le camp à cette époque variait de dix jours à deux mois.

Sur ces terrains carencés, toutes les affections évoluaient d'une façon fulgurante, mais en général nous pouvons réduire à quatre ou cinq syndrômes ou maladies, les causes de cette effroyable mortalité :

1. Le syndrôme de maigreur : la cachexie ;
2. Les œdèmes par carence ;
3. Les états diarrhéiques.

Le plus souvent, ces trois états coexistaient chez le même malade.

4. Le typhus exanthématique ;
5. Les traumatismes et les infections chirurgicales (contusions, plaies, phlegmons, nécroses, fractures).

1. — Le syndrôme de maigreur : la cachexie.

Dans l'aspect de tous les déportés, la maigreur extrême frappe dès l'abord. En quelques jours, ils perdent 10, 20, 30, 40 kilos. Une fonte musculaire accompagne cet amaigrissement impressionnant. Les yeux sont enfoncés dans les orbites. Les arcades zygomatiques saillent, les joues sont creuses, les mâchoires proéminentes. Les membres se réduisent à des os recouverts d'une peau flasque, ridée, squameuse, de coloration gris-jaunâtre, le thorax en taille de guêpe, les côtes saillantes avec des espaces intercostaux excavés, le ventre creux en bateau. Les muscles fessiers restent les seules masses musculaires qui persistent et gardent une certaine tonicité ; le prolapsus anal est fréquent. Le poids de ces cachectiques adultes varie entre 25 et 35 kilos.

Cette chute pondérale rapide, accompagnée de cette fonte musculaire, est impressionnante. Nous n'arrivons plus à reconnaître les camarades que nous n'avons pas vu depuis quelques jours. Toutes ces transformations donnent aux détenus un aspect de sénilité précoce.

2. — Les œdèmes de carence.

Comme l'amaigrissement, les œdèmes ont pour cause :

a) La ration alimentaire insuffisante (1.200 calories) présentant un

déséquilibre global. La carence vitaminique complexe existe, mais elle est dominée par l'insuffisance de la ration en protides et lipides ;

b) L'effort musculaire violent, continu (12 heures par jour, les déportés transportent en courant 20 à 30 kilos de terre).

A ces deux facteurs s'ajoute l'orthostatisme. A cause des appels, les détenus restent debout 18 heures par jour.

Il est certain que la tension nerveuse dans laquelle vivent les détenus, l'angoisse permanente de la mort, la menace continuelle des coups, ont joué un rôle dans l'étyologie du syndrôme carenciel.

Des signes d'atteinte du myocarde apparaissent rapidement : palpitations, essoufflements, tachycardie, et l'asthénie myocardique doit jouer un rôle l'important dans l'étyologie de ces états. Les œdèmes apparaissent dès les premiers jours, en général au troisième ou au quatrième jour dans le camp. Chez les personnes âgées, nous les avons vu apparaître dès le premier jour. Au début, ne pouvant trouver une cause capable d'expliquer leur apparition tellement rapide et brutale, nous avons essayé de les incriminer à une lésion cardiaque ou rénale. Mais devant le fait que le même phénomène se répétait chez presque tous les déportés, nous avons dû reconnaître qu'ils avaient pour origine l'association d'une carence globale grave et d'un effort physique d'une intensité anormale, déterminant une *perturbation totale du métabolisme hydrique*. En général, à cause de l'orthostatisme prolongé, ces œdèmes débutent par les jambes qui deviennent plus volumineuses que les cuisses. C'est un œdème dur, blanc, mobile, gardant le godet. Souvent, il se généralise et l'anasarque est fréquent.

Pendant l'été, les hommes n'ayant rien sur la tête et les cheveux rasés, l'œdème, à cause de l'exposition au soleil, débute par la surface externe des os du crâne, les paupières ou la face, et les têtes déformées prennent un aspect allongé, grotesque, ressemblant aux céphalématomes des nouveau-nés. Les œdèmes des paupières rendent ces hommes aveugles, et on les voit restant en groupes le long des murs ne pouvant avancer sans être soutenus. Signalons la fréquence de l'œdème pleural simulant la pleurésie séro-fibrineuse unie ou bilatérale.

Coïncidant avec l'amaigrissement et l'œdème, une polyurie abondante fait son apparition. D'abord nocturne, puis diurne, elle s'accompagne souvent de pollakyurie et d'incontinence. D'une extrême violence, elle oblige les hommes à uriner n'importe où, malgré les risques d'une mort par les coups qui les menacent. Dans nos premiers jours de camp, à cause de la pollakyurie qui l'accompagnait, nous avons cru que cette polyurie était d'origine vésicale. La quantité d'urine éliminée nous a prouvé qu'il s'agissait d'une vraie polyurie.

Une asthénie grave caractérise ces états, les fonctions intellectuelles sont très diminuées, les déportés montrent presque toujours un état d'indifférence à tout ce qui ne concerne pas la nourriture ou le travail. Tout leur effort psychique a pour but d'éviter les SS et les coups. La

faim et la soif sont une obsession constante créant une psychose de famine.

L'instinct de reproduction est aboli chez tous ces individus. Pas d'érection et pas de pollution chez tous les déportés pendant des années.

Les femmes voient l'arrêt brutal de leur cycle menstruel. On nous a signalé les cas de femmes en période menstruelle au moment de leur arrivée au camp qui ont vu leurs règles s'interrompre brusquement et l'état d'aménorrhée persister pendant toute leur déportation. A titre anecdotique nous signalons qu'il était courant dans les camps de femmes d'incriminer certaines substances toxiques introduites dans l'alimentation comme facteur étyologique de cette aménorrhée constante et générale. Cette explication prouve la fréquence d'un symptôme extrêmement banal dans le camp.

3. — Les états diarrhéiques.

A dessein, nous employons ce terme vague pour désigner un symptôme plutôt qu'une maladie bien définie, parce que justement sous ce vocable on englobe toute une série de syndrômes d'étyologie différente, et surtout un syndrôme unique d'étyologie multiple et complexe.

Disons tout de suite que la grande majorité de diarrhées observées dans le camp est une diarrhée de famine.

Il est probable que d'autres facteurs interviennent dans l'étyologie de cette diarrhée :

1° Le changement brutal de régime alimentaire et l'ingestion des aliments sous une forme liquide ;

2° La tackyphagie : les déportés absorbant debout très vite leur soupe très chaude dans l'espoir d'obtenir un peu de « rabiot » ;

3° Les impuretés : les pommes de terre n'étant pas épluchées, et il est très fréquent de trouver toute espèce d'impuretés dans la soupe et le pain. Les gamelles ne sont pas lavées et bien souvent servent de pots de chambre. Les hommes cherchent les épluchures dans les ordures et mangent des herbes non lavées ;

4° Enfin, il est très probable qu'un facteur infectieux intervient. Les détenus coupent leur pain avec leurs mains sales, la même gamelle sert à 10-15 détenus. L'eau n'est pas filtrée.

Malgré ces faits, sur plus de 100.000 recherches de matières fécales faites en 1943 et 1944, l'Institut d'Hygiène d'Auschwitz n'a pu mettre en évidence aucun agent pathogène. Seul le *proteus vulgaris* est fréquent.

Pendant leur vie dans le camp et à plusieurs reprises, tous les déportés ont été atteints de cette grave diarrhée. Le nombre des selles atteignait 20, 30, 40 par jour, selles très liquides, muqueuses, s'accompagnant de tenesmes, et incontinence sphinctérienne. La présence de

sang dans les selles est exceptionnelle et ces diarrhées dysentériformes s'accompagnent de fièvre.

Aucun thérapeutique n'a été essayé à ce moment. La diète complète pendant vingt-quatre heures, suivie d'une reprise prudente de l'alimentation en reposant le tube digestif apporte quelques résultats favorables. Mais ce régime ne peut s'appliquer aux cachectiques qui forment la grande majorité des détenus et chez qui le nombre des selles dépasse 40-50 par jour.

Ainsi, un syndrôme complet de carence grave s'installe en quelques jours, se caractérisant par :

1° *un amaigrissement brutal* (plusieurs dizaines de kilogrammes en 2-3 semaines), amaigrissement causé par l'effort physique, la ration alimentaire déficiente et déséquilibrée, la diarrhée et la polyurie ;

2° *des œdèmes,* surtout des jambes, ayant tendance à la généralisation. Dans certains cas, ces œdèmes, sous l'influence de l'exposition prolongée au soleil, débutent par la face externe des os du crâne ;

3° *une polyurie* intense accompagnée d'incontinence urinaire et souvent de pollakiurie ;

4° *une diarrhée profuse ;*

5° *une atteinte myocardique,* caractérisée par des douleurs précordiales, palpitations, *tachycardie,* dyspnée et chute importante de la tension artérielle ;

6° *une asthénie,* avec diminution très importante de la force musculaire dans les membres inférieurs frappant surtout les muscles de la loge antéro-externe (effondrement des détenus pendant les appels du soir) ;

7° *une diminution impressionnante de l'activité intellectuelle :* état d'hébétude, d'indifférence, psychose de la faim ;

8° *impuissance sexuelle* chez les hommes. *Aménorrhée* à début brutal dès l'entrée dans le camp chez toutes les femmes.

Il ne nous a pas été possible de faire, à cette époque, aucune recherche humorale chez les déportés.

Les recherches de laboratoire faites par les médecins des armées alliées au moment de la libération des différents camps de concentration sont venues confirmer nos impressions.

P.-L. Mollisson trouve chez les survivants du camp de Belsen (1) un amaigrissement de 39 à 50 %. Le taux d'hémoglobine ne dépasse pas 62,5 % pour les hommes et 57,3 % pour les femmes. L'anémie importante guérit avec le régime ordinaire sans addition de foie ou fer.

L'hypoprotidémie est constante, le taux des protéines du sérum étant de 5 % au lieu de 6,7 %. Le retour à une concentration normale des pro-

---

(1) P.-L. Mollisson : *Observations sur les cas de famine de Belsen* (*British Medical Journal,* n° 4.435, 5 janvier 1946, p. 4-8).

téines du sérum est lent et deux mois après la libération du camp, Mollisson trouve un taux inférieur à la normale.

Les médecins du Service de Santé de la 1re Armée Française, les docteurs Maurice Lamy, Michel Lamotte — dont j'avais été l'interne à l'Hôpital Bichat — et Mme S. Lamotte-Barrillon, étudient les cas de cachexies parmi les déportés de Dachau et Mathausen (2).

L'amaigrissement varie ici entre 33 et 50 %.

L'hypoprotidémie est vérifié par la mesure directe des pressions osmotiques des protéines. Ces pressions sont constamment abaissées chez les œdémateux.

Lamy, Lamotte et Mme Lamotte-Barrillon cherchent à expliquer le désaccord qui existe entre cette pression osmotique très basse et les taux de protides relativement élevés.

Envisageant une anomalie physico-chimique des protides chez ces cachectiques, ils mettent en évidence dans les sérums de ces dénutris par des ultracentrifugations des fractions protidiques anormales à constantes de sédimentation très élevées et partant à très gros poids moléculaires.

Des arguments anatomiques plaident en faveur de l'origine musculaire de ces protides pathologiques.

Au point de vue anatomique Lamy, Lamotte et Mme Lamotte-Barrillon observent :

1° Une atrophie nette de toutes les glandes endocrines, avec disparition des lipoïdes de la cortico-surrénale, signes d'hypofonction thyroïdienne et involution des gonades. Par contre on note un hypercosinophylisme hypophysaire, facteur de la stimulation des mitoses cellulaires.

2° Une exsudation diffuse transcapillaire aboutissant dans les cas graves à une véritable noyade de l'organisme.

3° Des lésions dégénératives des muscles squelettiques, témoins d'une véritable « myophagie de suppléance ».

4° Des lésions de l'épithélium et tubes conturnés du rein, qui doivent être rapprochées de celles rencontrées dans le syndrome de Bywaters.

Ces recherches de laboratoire confirment non seulement la déficience et le déséquilibre alimentaire, mais aussi le rôle important de l'effort musculaire violent et continu dans l'apparition du syndrôme de carence et explique la rapidité de l'évolution de cette cachexie.

En général — exception faite pour ceux qui sont tués par des traumatismes — ces cachectiques meurent après quelques semaines de vie

---

(2) Maurice Lamy, Michel Lamotte et Mme S. Lamotte-Barillon : *Etudes et réflexions sur les troubles constatés dans les états de dénutrition* (*La Presse Médicale*, 3 août 1946, n° 36, p. 510-511. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 21 juin 1946. *La Presse Médicale*, 6 juillet 1946, n° 31 p. 454-455).

dans le camp, soit à la suite d'une infection intercurrente à point de départ cutané, évoluant vers une septicémie ou une septicopychémie, soit le plus souvent par collapsus cardiaque pendant le travail ou tout de suite après. Fréquemment ces hommes tombent dans un coin perdu du camp. Le symptôme pâleur apparaissant chez un déporté était d'un pronostic fatal : nous étions sûrs de le voir mourir dans l'heure qui suivait l'apparition de la pâleur.

Mais d'habitude dès qu'un déporté n'est plus capable de travailler, on l'envoie aux chambres à gaz.

Exceptionnellement, nous avons pu observer de véritables résurrections chez des cachectiques qui, par un concours de circonstances extraordinaires, ont bénéficié d'un peu de repos et d'un supplément de soupe ou de pain. Dans ces cas, nous avons été étonné de la rapidité avec laquelle les détenus engraissaient de plusieurs kilogrammes en quelques jours et reprenaient vite un aspect humain. Ce phénomène pouvait se répéter plusieurs fois chez le même individu.

Il existe une profonde ressemblance entre la pathologie des carences observées chez les déportés et la pathologie du nourrisson.

A notre retour il nous a été possible d'étudier dans le service de notre maître, le docteur Grenet, à l'Hôpital Lariboisière, où nous avons fait fonction d'interne, un grand nombre de nourrissons rapatriés d'Allemagne, présentant des syndrômes de diarrhées cholériformes hypothrepsiques ou athrepsiques.

Chez les déportés comme chez les nourrissons, ces cachexies accompagnées de diarrhées étaient facilement réversibles au début. Mais l'état d'équilibre obtenu était assez instable. Ce phénomène de réversibilité — amaigrissement brutal suivi d'une amélioration non moins brutale — pouvait se répéter jusqu'à l'établissement d'une véritable athrepsie.

Nous tenons à signaler ce phénomène parce que les améliorations rapides — engraissement de 10 kilos en moins d'un mois — chez ces déportés dans des conditions encore très déficientes, nous ont impressionné. Elles étaient l'apanage des anciens déportés chez lesquels, il est probable, une série de fonctions d'adaptation s'étaient développées.

Un cas d'athrepsie nous a particulièrement frappé : après deux semaines de kommando un de nos camarades, ingénieur, obtient une place dans les bureaux administratifs du camp. Bien que son régime alimentaire soit quantitativement meilleur, qu'il puisse rester assis devant sa machine à écrire, ses forces continuent à diminuer progressivement. Il ne peut plus se tenir debout. Il se produit chez lui une asthénie avec adynamie, une diminution de l'acuité auditive, du champ visuel, un abaissement grave de l'activité psychique et un certain degré d'amnésie. Malgré une alimentation abondante, il meurt quelques jours après dans un état de cachexie extrême. Il est probable que l'athrepsie était déjà constituée au moment de sa nomination dans les bureaux.

4. — Le typhus exanthématique.

Dans cette première période, le typhus exanthématique est la cause de 40 à 50 % de mortalité dans le camp. A cause de la température élevée, de l'état de tuphos, du délire, les déportés ne peuvent pas dissimuler leur maladie. Ils sont ainsi obligés d'aller à l'infirmerie et au block 7 d'où on les envoie aux gaz.

Nous décrivons plus loin les différentes formes de typhus exanthématique observées. Dans l'ensemble cette épidémie de typhus n'est pas très grave. Chez les rares détenus qui peuvent échapper aux sélections pour les gaz, malgré l'état de carence grave, le nombre de guérisons est assez appréciable. Si le typhus exanthématique tue tant de détenus, c'est parce qu'il les rend inaptes au travail, motif suffisant pour les envoyer aux chambres à gaz.

5. — Les traumatismes et les infections chirurgicales.

Chez les déportés — dans l'impossibilité de se laver — la moindre écorchure se transforme en un abcès qui devient rapidement un phlegmon atteignant tout un membre.

La fréquence des traumatismes dus aux sévices des SS et des détenus allemands — chefs de blocks et de kommandos — est énorme. Depuis la simple contusion jusqu'aux fractures complexes des membres et aux fractures ouvertes du crâne, toutes les formes de lésions chirurgicales existent dans le camp. Nous les décrivons plus loin. En voici quelques caractères :

1. Suppuration abondante et continuelle ;

2. Evolution vers les formes généralisées, vers la septicémie et la nécrose ;

3. Dans les cas qui peuvent être traités, cicatrisation extrêmement lente ou absence de cicatrisation avec suppuration rebelle à tout traitement.

Pathologie du Camp

dans la deuxième époque d'extermination scientifique

(Avril 1943 - Janvier 1945)

Dans cette deuxième époque il nous a été permis d'observer les différentes maladies durant toute leur évolution, les sélections pour les gaz étant devenues plus rares.

Les formes cliniques observées à ce moment-là évoluaient d'une

façon plus lente que dans la première période. Dans certains cas, assez rares, il nous a été possible d'étudier l'action thérapeutique de quelques médicaments.

I. - PATHOLOGIE CHIRURGICALE

1. *Les plaies infectées.* — L'état d'hygiène déplorable, la fréquence et la violence des traumatismes expliquent le nombre considérable de plaies infectées. Rarement, ces plaies arrivent à constituer un abcès localisé. Dans ce cas la suppuration est abondante et très prolongée. La plaie se cicatrise très lentement, aboutissant à une plaie atone, avec ulcération. L'action des sulfamides est favorable. Les pommades vitaminées favorisent la cicatrisation de ces ulcères de la jambe étendus et profonds.

En général, le nombre des abcès chez le même individu est élevé : 7-8 à la fois, abcès superficiels et profonds (abcès du psoas).

Mais le plus souvent, surtout dans la première époque, la moindre plaie, le plus petit abcès dégénèrent en 48 heures en un phlegmon étendu, accompagné de nécrose importante. La peau prend un aspect violet ou noir, recouverte de quelques phlyctènes, peau cartonnée à limites précises, nettes, rappelant une carte de géographie. Le rôle des anaérobies dans l'étyologie de ces phlegmons paraît être considérable. A l'incision on sent que plusieurs poches gazeuses se sont constituées, dégageant une odeur putride. La nécrose atteint des muscles entiers et il faut souvent enlever tout un peronier complètement nécrosé. Dans d'autres cas la suppuration est très abondante et il est fréquent, en incisant un phlegmon de retirer deux à trois litres de pus.

La localisation de ces phlegmons est très variable : membres inférieurs et supérieurs, région inguinale, phlegmons globaux des membres inférieurs — pied, jambe, cuisse — phlegmons des parois abdominales. D'un pronostic très grave nous ont paru les phlegmons sous-pectoraux, évoluant chez des déportés très amaigris. Très fréquents et très graves aussi les phlegmons périnephritiques, d'origine indéterminée, s'ouvrant à la surface de la peau. Gros pourcentage des phlegmons de Ludwig.

Dans la deuxième époque il nous est possible de traiter ces phlegmons dans des conditions très septiques. Le chlorure d'éthyle sert d'anesthésique. L'abondance de la suppuration, le fait que les instruments et surtout les pansements sont mal stérilisés, expliquent la fréquence des infections secondaires. Cependant, quand les malades ne sont pas envoyés aux gaz, le pourcentage de guérison est important.

2. *Les furoncles et l'anthrax* sont très fréquents.

Le staphylocoque existe partout à Birkenau. Récidivant facilement, la furonculose cause la mort de milliers de déportés.

Les sulfamides, dans les quelques rares cas où nous pouvons les employer donnent des résultats assez favorables. L'auto-hématothérapie donne quelques succès. L'ostéomyélite de l'adulte est fréquente.

3. *Les engelures.* — Obligés de rester l'hiver, par un froid de — 10°, — 20°, dix heures par jour dans la neige et le vent, mal habillés et recevant une nourriture pauvre en lipides et vitamines lyposolubles, les détenus ont souvent des engelures qui évoluent rapidement vers la nécrose, avec amputation spontanée des orteils.

Parmi les nouveaux venus, il est fréquent l'hiver, pendant les premiers jours de travail, d'en voir mourir complètement gelés. Ces cadavres se distinguent de ceux que nous avons coutume de voir dans le camp par leur embonpoint relatif, et la présence de masses musculaires encore importantes. La raideur cadavérique est immédiate.

Pathologie traumatique.

A Birkenau on rencontre toute la gamme des lésions traumatiques, depuis les contusions localisées, accompagnées de volumineux hématomes, jusqu'aux fractures les plus graves : fractures ouvertes du crâne, fractures de la colonne vertébrale, du bassin. La brutalité sauvage de nos gardiens SS, des détenus allemands et souvent polonais, constitue l'étyologie de ces traumatismes.

Les fractures les plus fréquentes sont les fractures des côtes et des membres, souvent fractures complexes, ouvertes et infectées.

Quand il nous a été possible de traiter ces malades on a utilisé des appareils plâtrés ou des appareils de fortune à extension continue constitués par des attelles fixées par des bandes de leucoplaste.

Dans l'ostéosynthèse d'une fracture du col du fémur où nous avons vu enfoncer le clou avec un marteau, la fracture s'est consolidée sans viciation, mais le malade a été gazé quelques semaines après parce qu'il était... maigre.

Les fractures de la colonne vertébrale s'accompagnent d'un syndrôme méningé grave. Chaque jour des cadavres de détenus présentent des fractures ouvertes de la boîte crânienne.

Hématomes fessiers. — Les 25 ou 50 coups qu'on donne avec de gros bâtons sur des appareils de torture ou sur un tabouret aboutissent à un hématome fessier énorme évoluant toujours — quand il n'y a pas incision étendue en croix — vers la suppuration, la nécrose et la mort. Les névrites sciatiques sont fréquentes. Je signale que les détenus condamnés à recevoir les 25 ou 50 coups étaient vus auparavant par le médecin SS du camp, qui les déclarait aptes ou inaptes à la torture, en tenant compte de la tonicité des muscles fessiers des détenus.

Nécroses des bourses par coups de pieds. — Elles se voient très fréquemment, allant jusqu'à l'élimination de toutes les enveloppes du testicule, celui-ci à nu restant seulement suspendu par le cordon. En général, la mort survient en quelques jours. Possibilité de guérison dans les cas légers.

Les fractures du maxillaire inférieur par suite des coups de poing sont courantes dans le camp. Il est probable que la décalcification osseuse, associée à des traumatismes très violents, explique la grande fréquence de ces lésions.

Les morsures des chiens SS aboutissent toujours à une mort rapide par hémorragies importantes et perte considérable de substances, surtout dans la région abdominale. Souvent il y a des morsures profondes du visage.

Les plaies par armes à feu. — Toute la gamme. En général, très graves, tirées à bout portant, surtout plaies abdominales avec perforations intestinales multiples ; aboutissent à la mort, le plus souvent.

II. - PATHOLOGIE MÉDICALE

Maladies infectieuses.

Il est facile de concevoir que la promiscuité dans laquelle vivent les détenus, l'encombrement des blocks et la présence des parasites (poux, moustiques, sarcoptes, champignons) facilitent l'éclosion des épidémies.

L'état de moindre résistance des malades explique les formes graves qu'elles ont présentées.

Le tétanos. — Malgré le nombre considérable des plaies étendues, infectées et l'absence de sérum antitétanique, aucun cas de tétanos à Birkenau.

L'érysipèle est très fréquent. Cas isolés dans les différents blocks et bien souvent il est impossible de mettre en évidence aucun contage.

On trouve deux formes :

1. Erysipèle compliquant une plaie des membres ou de la région fessière ;

2. Erysipèle, maladie autonome, surtout érysipèle de la face, plus ou moins grave, avec des complications oculaires très importantes aboutissant dans certains cas à des panophtalmies. Il faut invoquer dans

l'étyologie des différents cas le manque de mouchoirs et les coups de poing dans le visage.

Comme traitement : badigeonnage au kaolin. Quand, exceptionnellement, nous pouvons avoir des sulfamides, elles donnent de très bons résultats. Malgré les améliorations apportées par le kaolin, la mortalité est grande.

Le typhus exanthématique. — Le typhus exanthématique a existé dans le camp à l'état endémique, mais la courbe de morbidité a été parallèle à celle de la pédiculose. Tous les détenus en étaient atteints en 1942 et au début de 1943.

En 1944, les cas de typhus sont rares.

Nous avons vu des milliers de cas de typhus. La maladie se caractérise par le polymorphisme de ces formes : formes frustes, ambulatoires, légères, formes foudroyantes. Le début est très variable. Rarement nous avons rencontré le début brutal, décrit classiquement, atteignant 40° dès le premier jour. Plus souvent nous avons rencontré un début à forme grippale, température 38° à 38°5, céphalée, inappétence, algies multiples, faciès rouge. L'état de tuphos décrit classiquement est inconstant et apparaît assez tardivement. Le tremblement de la langue est caractéristique.

L'exanthème inconstant aussi, apparaît vers le quatrième, cinquième jour. Il facilite le diagnostic.

La splénomégalie nous a paru assez constante, ainsi que l'atteinte myocardique.

L'évolution est assez variable. Si, chez certains, la fièvre n'atteint jamais 40° et à aucun moment on ne constate de perte de conscience, chez d'autres un état de tuphos typique s'installe rapidement avec céphalée intense, algies musculaires multiples, violentes, et délire onirique systématisé, violent ou calme. Ce délire, à thème politique le plus souvent, accompagné d'hallucinations visuelles et auditives, aboutit à des tentatives fréquentes de suicide. Les fours crématoires, les cadavres, les souvenirs de la vie civile et les colis occupent une place prédominante dans les thèmes de ces délires. Dans certains cas des idées délirantes d'organisation de la vie sociale et d'amélioration de la vie humaine. Au moment de la guérison, ces idées délirantes, véritables idées fixes, persistent chez le malade devenu lucide.

La lésion myocardique se traduit par des troubles du rythme, assourdissement des bruits du cœur, *tachycardie,* dyspnée, *chute importante de la tension artérielle* (tension artérielle maxima souvent 4) et des œdèmes.

Les formes méningées et encéphalitiques sont fréquentes, les formes bulbaires présentant une gravité particulière. La chorée et l'atteinte pyramidale ne sont pas exceptionnelles.

Parmi les complications fréquentes nous signalons : la parotidite

bilatérale volumineuse, la surdité, les otites et les mastoïdites, les ophtalmies purulentes graves, ainsi que *les artérites graves à localisation variable, aboutissant à des gangrènes étendues*. Pendant la convalescence, il est banal d'observer une diarrhée violente accompagnée de surdité et d'un état d'adynamie.

Les thyphiques convalescents présentent une véritable boulimie. Ils sont capables de manger n'importe quoi en n'importe quelle quantité et engraissent d'une façon surprenante. La mortalité est plus grande chez les hommes au-dessus de quarante ans que chez les jeunes.

En général, ces malades ne reçoivent aucun médicament, et la soif les torture. Ils meurent par défaillance cardiaque ajoutée à la surrénalite. L'atteinte bulbaire est fatale, ainsi que certaines formes encéphalitiques. Les seuls médicaments dont nous disposons sont quelques tonicardiaques mineurs à petites doses et quelques analeptiques dont l'action est très favorable.

Dans les polynévrites des membres inférieurs consécutives au typhus exanthématique, la strychnine et la vitamine B_1 donnent de bons résultats.

A aucun moment aucune vaccination antityphique n'est faite (le vaccin de Schering employé chez le personnel de l'infirmerie à Ohrdruf-Buchenwald n'a pas empêché l'apparition de quelques cas de typhus).

En 1944 la réaction de Weil-Félix au Proteus X_{19}, faite sur tous nos typhiques ou suspects de typhus, nous a paru assez constante. Quelques cas de typhus présentant un tableau clinique complet ont donné des réactions Weil-Félix négatives.

Dans l'ensemble, il faut reconnaître que le typhus a été une des armes d'extermination les plus puissantes employées par les Allemands dans les camps de concentration, bien que l'épidémie de typhus ne nous ait pas paru d'une gravité extrême et que les cas de typhiques guéris n'aient pas été exceptionnels, même chez les cachectiques.

La fièvre typhoïde. — Deux épidémies : une en 1942, l'autre en 1944.

L'épidémie de typhoïde de 1942, due probablement à l'eau non filtrée, est arrêtée radicalement par le gazage de tous les malades.

En 1943 tous les détenus sont vaccinés contre la typhoïde. C'est la seule vaccination faite dans le camp. Pendant l'été 1944, au moment de l'arrivée des Juifs de Hongrie, apparaissent quelques cas de paratyphoïde A.

Le paludisme. — La région d'Auschwitz, marécageuse, est une région où la malaria existe à l'état endémique. Le nombre d'anophèles est considérable. Les premiers cas observés dans le camp datent de 1943, après l'arrivée des Juifs de Salonique dont beaucoup sont d'an-

ciens paludéens. De nouveaux cas se déclarent dans le camp. Les Allemands alors recherchent tous ces paludéens qui sont envoyés au camp de Lublin pour y être gazés. En l'absence des médicaments antipaludéens, les injections intraveineuses de néo-salvarsan nous ont donné des améliorations durables.

Scarlatine. — Quelques cas. Isolement immédiat.

Diphtérie. — Epidémie sévère en 1944, surtout parmi les déportés français de Compiègne. Le sérum antidiphtérique n'existait pas dans le camp et les paralysies du voile, les polynévrites étaient très fréquentes. Nous avons observé quelques cas de paralysie ascendante du type Landry. La maladie présentait une exceptionnelle gravité.

Appareil respiratoire.

Pneumonie. — La pneumonie est extrêmement fréquente dans le camp, favorisée dans son apparition par l'humidité, le froid, la station debout prolongée, l'état de sous-alimentation. On rencontre toutes les formes, depuis la pneumonie franche lobaire, aiguë, et les formes bâtardes jusqu'aux formes bilatérales ou migratrices. Ces deux dernières formes étant fréquentes et toujours mortelles. Les rares sulfamides donnent quelques guérisons. Mortalité effroyable.

Pleurésie séro-fibrineuse très souvent apyrétique, surtout chez les cachectiques. Fréquemment on découvre à l'examen clinique un gros épanchement uni ou bilatéral, que rien ne laissait supposer. Il s'agit le plus souvent d'une véritable inondation de la séreuse pleurale, dûe à un déséquilibre grave du métabolisme de l'eau chez ces dénutris. La pathogénie de ces importants épanchements pleuraux doit être rattachée à celle des œdèmes de famine et de certains états diarrhéiques chez les dénutris, ainsi que Lamy, Lamotte et Mme Lamotte-Barrillon l'ont démontré.

Pleurésie purulente très fréquente et toujours mortelle, malgré les sulfamides et la pleurotomie. Il s'agit souvent de pleurésie bacillaire.

Sur l'ordre des médecins allemands nous pratiquons chez les adultes l'opération de Bulow, qui est classiquement indiquée chez les enfants : introduction d'un drain dans la plèvre sans costotomie, à travers un espace intercostal. Toujours inefficace.

Les bronchites, les broncho-pneumonies, etc., ne présentent aucune particularité dans leur évolution.

La tuberculose. — Dans l'ensemble, le nombre de cas de tuberculose paraît inférieur à celui qu'on serait en droit d'attendre, en tenant compte que toutes les conditions qui favorisent l'éclosion ou le réveil d'une tuberculose latente sont réalisées dans la vie au camp. Il est probable que l'évolution rapide des maladies carencielles, des affections chirurgicales et du typhus exanthématique ne laissent pas à la tuberculose le temps nécessaire pour faire son apparition.

D'autre part, l'amaigrissement et l'asthénie qui accompagnent la tuberculose, sont deux facteurs suffisants pour déterminer l'envoi de ces malades aux gaz, avant que soit fait aucun diagnostic clinique.

A première vue, la tuberculose paraît donc assez rare dans le camp. En réalité, le nombre des tuberculeux est important, mais des affections intercurrentes ou des cachexies graves ne nous permettent pas de mettre en évidence l'atteinte bacillaire.

Dans la première époque, nous n'avons qu'exceptionnellement rencontré des cas de tuberculose.

Plus tard, toutes ses formes apparaissent dans le camp.

En général, il s'agit de formes aiguës à évolution extrêmement rapide : granulie généralisée, pneumonie caséeuse. Les formes ulcéro-caséeuses à cavernes multiples et volumineuses, à évolution rapide ne sont pas rares. De même, les hydro- et pyo-pneumothorax.

L'examen des crachats permet de mettre en évidence des B. K.

Les hémophysies sont exceptionnelles.

Pour traiter ces malades, des médecins construisent un appareil à pneumothorax fait avec deux ampoules de 500 cc. de sérum physiologique, réunies par une tuyauterie en caoutchouc et des robinets de canules à lavements.

Grâce aux insufflations, l'état de quelques malades est amélioré ; chez d'autres les insufflations provoquent la sédation des douleurs.

Par exception, dans les formes légères, chez des Polonais ou des Tchèques recevant régulièrement des colis, on arrive à des améliorations qui correspondent à des guérisons.

Appareil circulatoire.

La faiblesse des muscles cardiaques et artériels, presque constante, se traduit par l'essoufflement, la dyspnée d'effort, *la tachycardie élevée* ou la tachy-arythmie, les œdèmes (la tension artérielle maxima oscille, en général, entre 6 et 9). *La dilatation cardiaque,* accompagnée d'hépatomégalie ou d'épanchement pleural se voit assez couramment.

Malgré le régime très sévère, la tension des vrais hypertendus ne baisse jamais. *Grande fréquence des artérites compliquées de gangrène.*

Les numérations globulaires indiquent que le nombre des globules rouges oscille entre deux millions et deux millions et demi, chez les bien portants.

Le rhumatisme articulaire aigu, extrêmement rare, ne présente aucun caractère particulier. Les lésions valvulaires évoluent rapidement vers l'asystolie.

Il est probable, vu la fréquence avec laquelle nous avons rencontré le streptocoque hémolytique dans le camp, que des endocardites ulcéro-végétantes aient compliqué ces lésions valvulaires. D'autres tableaux cliniques surajoutés ont dû nous empêcher d'accorder l'importance méritée aux symptômes de la maladie d'Osler. D'ailleurs, les *péricardites infectieuses* ne sont pas exceptionnelles.

Appareil digestif.

Un seul syndrôme domine la pathologie du tube digestif dans le camp : la diarrhée.

Nous avons donné plus haut la description de ce que nous avions l'habitude d'appeler la diarrhée de famine. Cette diarrhée persiste dans la deuxième époque de la vie du camp. Mais à côté de la diarrhée de famine et associées à elle, nous avons vu, quoique rarement :

1. des diarrhées infectieuses ou parasitaires ;
2. des diarrhées provoquées par la tuberculose intestinale.

Les diarrhées infectieuses ou parasitaires s'individualisent de deux manières :

a) à cause de la fièvre qui les accompagne ;

b) par les résultats thérapeutiques favorables obtenus dans ces formes en utilisant les sulfamides.

La mise en évidence d'un germe ou d'un parasite n'a jamais pu être réalisée. L'Institut d'Hygiène d'Auschwitz n'a trouvé dans les selles des diarrhéiques (à l'exception des cas de typhoïde) que du Proteus vulgaris. Lewy-Coblence nous a signalé la présence du Lamblia intestinalis dans la partie terminale du tube digestif des cadavres de diarrhéiques. Il est possible qu'un facteur infectieux soit associé à la famine, mais le rôle déterminant, prédominant reste toujours la carence alimentaire et le déséquilibre du métabolisme de l'eau.

La tuberculose intestinale. — Certaines autopsies démontrent incontestablement que de nombreux cas de diarrhée au camp sont dûs à la tuberculose intestinale. Il s'agit en somme de cette diarrhée « à long cours » dont parlent les anciens auteurs. L'ensemble des conditions de vie de Birkenau favorise l'éclosion d'une telle forme de diarrhée. Dans d'autres cas présentant le tableau clinique d'une péritonite bacillaire, l'examen anatomique montre l'existence d'un œdème considérable des

mésos intestinaux et de l'épiploon, sans aucune lésion bacillaire et avec un épanchement libre très réduit.

Le traitement des états diarrhéiques. — En général, en l'absence totale de médicaments, nous adoptons devant ces diarrhées une ligne de conduite thérapeutique qui donne certains résultats favorables :

1° Diète absolue pendant vingt-quatre heures (très difficile à appliquer chez des affamés). En général, cette diète agit favorablement par la mise au repos du tube digestif ;

2° Suppression des liquides (soupe, thé) et de la margarine, avec conservation du pain, de préférence grillé.

Cette méthode appliquée avec discipline pendant tout le temps nécessaire se montre efficace dans les cas légers. Les camarades médecins arrivent à juguler les crises de diarrhée grâce au régime du pain sec. *L'efficacité de cette thérapeutique empirique confirme l'importance des perturbations du métabolisme hydrique dans l'étyologie des états diarrhéiques chez ces cachectiques.* A aucun moment, il ne nous est permis de chercher à réalimenter ces diarrhéiques, tout en laissant au repos leur tube digestif. Les hydrolysats de protéines que les Anglais ont employés pendant la famine du Bengale en 1943 auraient fait miracle à Birkenau. Mais qui pouvait penser à réalimenter les affamés diarrhéiques des camps de concentration?

A un moment, comme apport vitaminé, on essaie chez ces diarrhéiques des choux rouges crus. Cette méthode n'apporta aucune amélioration ;

3° Médicaments : Les opiacés sont inexistants. Dans les cas exceptionnels où nous pouvons utiliser l'élixir parégorique ou quelques gouttes de laudanum, les malades éprouvent un soulagement certain. Le sous-gallate de bismuth pour usage externe est employé per os à la dose d'une cuillerée à soupe avec de bons résultats chez certains malades. Le tannin donne des résultats médiocres. Des doses importantes de charbon, fabriqué par les détenus par combustion lente du bois, sont données aux malades sans obtenir de résultats. Le kaolin, sous forme d'une pâte à l'eau, est accepté facilement par les malades parce qu'il calme leur faim. Les résultats, assez bons, ne durent pas.

La solution d'hypermanganate de potassium à 0 gr. 25 par litre, utilisée sur les ordres des médecins allemands, ne donne aucun résultat.

Enfin, dans les cas fébriles, les sulfamides amènent fréquemment la guérison.

Les maladies de la bouche sont très fréquentes et présentent des tableaux cliniques rarement rencontrés dans la vie civile.

Les stomatites, les gingivites hémorragiques et ulcéreuses, *les glossites énormes,* les aphtes, sont courants.

L'angine nécrotique, probablement à fuso-spirilles, présente une gravité particulière, la perte de substance étant considérable. Les sulfamides et les arsenicaux donnent rarement un résultat favorable. La maladie évolue le plus souvent vers la mort, et le tableau clinique en est celui d'une toxicose aiguë.

Les autres affections du tube digestif ne sont pas influencées par la vie du camp.

Le pyrosis est fréquent.

Les appendicites et les occlusions intestinales restent exceptionnelles. Les hémorroïdes saignant abondamment torturent beaucoup de nos camarades et aggravent leur état.

Les carences.

Dans cette deuxième époque, les états carenciels présentent presque les mêmes caractères que dans la première époque, mais leur apparition est plus tardive et leur évolution plus lente.

Il s'agit toujours d'une carence totale due à un déséquilibre global de la ration et surtout à l'insuffisance en lipides et protides.

Malgré l'absence presque totale d'aliments frais et d'aliments d'origine animale, on n'observe pas des avitaminoses caractérisées. Cela semble dû au fait que les besoins vitaminiques diminuent parallèlement à la baisse de l'apport calorique. Néanmoins, joints au tableau de carence totale, on peut observer certains signes traduisant l'absence de telle ou telle vitamine.

La vitamine A. — Le manque de vitamine A se traduit par une cicatrisation lente et une légère héméralopie.

La vitamine B. — Les formes atypiques de Béri-Béri sont exceptionnelles.

Par contre, les douleurs dans les membres inférieurs, avec troubles sensitifs et aréflexie tendineuse et surtout impotence motrice des membres inférieurs, sont fréquentes.

Pendant les appels, les hommes s'effondrent brusquement sans savoir pourquoi. Le syndrôme des « jambes comme du coton » est d'une fréquence remarquable. Il sera aussi observé après la Libération.

Les injections de thiamine en guérissant ces états prouvent qu'il s'agit d'une avitaminose B_1.

La vitamine B_2. — Beaucoup de nos camarades se plaignent de troubles visuels, avec picotements, brûlures et photophobie.

Des examens du fond d'œil ne pouvant être faits, aucune recherche

ophtalmologique ne vient confirmer ces faits cliniques. Nous sommes convaincu de la fréquence des cas d'ariboflavinose.

Beaucoup de déportés présentent des perleches, des macérations et des fissures aux angles de la bouche. Il est certain que le manque de vitamine B_2, dû à l'absence presque complète de produits d'origine animale, est à l'origine de ces symptômes.

La vitamine C. — Aucun cas de scorbut vrai.

L'avitaminose C se traduit surtout par :

1° Une gingivorragie prononcée atteignant tous les anciens détenus. Dans les formes les plus graves, la gingivorragie hémorragique infectée entraîne le déchaussement des dents. Les ulcérations gingivales infectées sont fréquentes. Haleine fétide caractéristique ;

2° Une tendance aux hémorragies. Toute plaie, même minime, a une tendance remarquable à saigner. Au moment des changements de pansements, les plaies saignent en nappe.

Ces phénomènes disparaissent quand on administre des vitamines C, et ils sont rares chez les détenus recevant des colis.

La vitamine D. — L'avitaminose D se traduit par la fréquence des caries dentaires et, radiologiquement, par une ostéoporose considérable, généralisée à tout le squelette.

La vitamine E. — En général, l'instinct de reproduction est aboli chez tous les déportés.

L'avitaminose K se traduit par un temps de coagulation très prolongé.

La vitamine PP. — Son absence presque totale se traduit par une symptomatologie complexe. Il est certain qu'elle a été une des plus graves.

L'érythème du dos des mains et des régions exposées au soleil est courant.

Il est difficile de concevoir l'*intensité des glossites* rencontrées dans le camp. Les langues rouges, violettes prennent des proportions anormales, et les malheureux meurent dans l'impossibilité de mastiquer.

Fréquence de la perte du goût, de l'odorat et de l'aphonie par laryngite.

Enfin, l'asthénie, l'état de prostration ou d'hébétude, l'indifférence caractérisant l'état psychique des déportés peuvent être imputés à une absence massive de vitamines PP.

Nous concluons en disant que les vitamines B et PP sont celles qui manquent le plus dans l'alimentation des déportés.

Appareil urinaire.

Un petit nombre de néphrites vient compliquer les états graves de carence et surtout certaines infections.

Fréquence des phlegmons périnephrétiques.

La polyurie sans atteinte rénale est de règle.

Les maladies vénériennes.

La syphilis. — Gros pourcentage de syphilitiques parmi les détenus allemands de droit commun. Pas de contamination dans le camp.

Les gonococcies ont toujours pour origine une contamination extérieure au camp. Nous avons observé un cas très grave de rectite blennorragique chez un homosexuel, amélioré par les sulfamides.

Système nerveux.

Aucun cas de méningite cérébro-spinale.

Syndrômes méningés traumatiques fréquents, caractérisés au début par la raideur, la photophobie, la céphalée intense et des paralysies multiples avec troubles psychiques. Ne pouvant confirmer notre diagnostic par une ponction lombaire, il nous est impossible d'affirmer s'il s'agit ou non d'une hémorragie méningée.

Les polynévrites post-typhiques ou diphtériques sont assez fréquentes. La carence en vitamine B joue probablement un rôle déterminant dans leur apparition. Dans ces cas, l'emploi de la vitamine B donne de bons résultats.

Grande fréquence des *algies,* surtout névralgies ischio-fémoro-obturatrices.

Maladies de la peau.

Par sa fréquence et sa variété, la pathologie des maladies de la peau occupe une place importante dans la pathologie du camp.

Chez tous les détenus, on remarque une sécheresse de la peau accompagnée d'une pigmentation intense et d'une parakeratose des mains et des membres inférieurs.

La gale. — Presque tous les détenus ont été atteints de la gale pendant leur vie dans le camp. L'encombrement, la promiscuité, l'absence de savon, de linge expliquent cette fréquence.

Mal ou insuffisamment traitées, elles sont la cause de nombreuses pyodermites et bien souvent à l'origine de beaucoup de phlegmons.

Le traitement appliqué dans le camp consiste dans l'emploi successif de deux solutions : une solution de thyosulfate à 40 %, suivie quelques minutes après de l'application d'une solution d'acide chlorhydrique à 10 %.

En général, cette méthode se montre très corrosive et irritante et amène beaucoup de dermites.

Rarement, nous pouvons employer la frotte à la pommade d'Helmerich.

Enfin, le disulfure de diméthyldiphénylène (Mitigal), médicament remarquable, guérit nos galeux sans frotte, sans bain, sans changement de linge.

Furonculose, anthrax. — Très fréquents ; furoncles très volumineux et en très grand nombre. En l'absence de tout traitement, l'autohémothérapie nous donne de bons résultats. Les résultats obtenus avec les sulfamides associés à l'iode sont inconstants.

Le sycosis trichophytique de la barbe, exemple typique de maladies cutanées légères, cause, dans certains cas, dans le camp, surtout par suite du traitement imposé, la mort des déportés. Le nombre de cas de trichophytie est considérable. La maladie se répand du seul fait que les détenus d'un block sont rasés pendant une seule nuit avec le même rasoir et le même blaireau, sans aucune désinfection. Plus tard, les couvertures ou la paille des paillassons infectés transmettent le champignon parasite. Le nombre des cas est tellement grand qu'en 1944 on crée un block spécial pour les trichophytiques, à titre prophylactique.

La maladie débute par une plaque ovalaire squameuse ou circinée, à périphérie d'un rose vif.

Bien souvent d'autres plaques apparaissent et tout le visage prend un aspect caractéristique d'un kérion de Celse étendu. Le visage est tuméfié, d'aspect bourgeonnant déglabré, et chaque follicule renfermant un poil contaminé devient le siège d'une folliculite qui aboutit à la suppuration.

Le traitement : dans les formes localisées, légères, la teinture d'iode donne de bons résultats. De même l'association de dermatol et de permanganate de potassium ou les pommades sulfamidées.

Mais le professeur Schumann, médecin nazi de la Luftwaffe, recherche tous ces malades pour leur faire des applications de rayons X. Les bons résultats obtenus dans ces cas par l'action dépilatoire de la radiothérapie sont connus. Mais la rigueur nécessaire à l'exécution de ce traitement dans tous ses détails laisse entendre que pareille thérapeutique ne peut être improvisée et qu'elle n'est exécutable que dans un centre spécialisé et par un personnel rompu à cette technique. Or, à

Birkenau, ce traitement est appliqué sans aucune méthode, sans aucune précaution par des hommes non qualifiés. Il est fréquent de laisser les malades trente minutes au lieu de trois minutes sous l'action des rayons X. Les résultats : des radiodermites aiguës, présentant un tableau clinique d'une gravité particulière.

Le visage rouge, violet, œdémateux, présente des phlictènes qui, rapidement, se transforment en ulcérations et aboutissent à des sphacèles étendus. Des adénites graves accompagnent ces phénomènes qui, subjectivement, se traduisent par des sensations de brûlures violentes et des névralgies faciales. La bouche est sèche, la secrétion salivaire étant presque complètement arrêtée. Les secrétions sudoripares et lacrymales sont très réduites. Les troubles psychiques et les paralysies oculaires ou faciales ne sont pas exceptionnelles.

La pyodermite vient compliquer ce tableau clinique. Les souffrances de ces malades ne peuvent se décrire, et nous en avons vu plusieurs gazés à la suite de ce traitement.

Signalons quelques cas de *teigne faveuse* et des *teignes de la peau glabre.* Mais les cas de sycosis tricophytique de la barbe occupent la place la plus importante dans la pathologie du camp.

Psychisme.

Dans ce milieu où des dizaines de milliers d'hommes vivent dans l'angoisse permanente des souffrances et de la mort, on pourrait s'attendre à voir un nombre important de cas d'aliénation mentale. Or, malgré cette vie pleine d'incertitude et d'angoisse, malgré l'effort psychique et émotif considérable continuellement demandé à ces malheureux, nous n'avons pas vu, dans le camp, se déclarer d'état psychopathique caractérisé.

En général, une déficience des facultés intellectuelles s'installe rapidement, et toute cette foule d'individus d'origine, de nationalité, de langue, d'éducation et d'opinions différentes est tourmentée seulement par ses souffrances physiques : la faim, la soif, les plaies.

Nous avons dû faire un effort considérable pour croire que le système nerveux des hommes puisse supporter pendant si longtemps des émotions, des chocs si violents, si variés, répétés avec une fréquence inaccoutumée. En permanence, tous les sens du détenu sont en éveil : pour reconnaître le SS, le chef de block, pour éviter les coups qui viennent de partout et pour n'importe quelle raison. Toute l'activité psychique paraît réduite à l'instinct de conservation extrêmement développé.

Rapidement, la sensibilité de ces malheureux s'émousse et un état d'accoutumance et d'indifférence à la souffrance s'installe chez eux. Il nous est possible de constater encore une fois que l'organisme diminue facilement sa réceptivité à des excitations d'une violence anormale,

mais qui se répètent avec une fréquence régulière et avec la même intensité. La mort des autres, même l'éventualité de leur propre mort prochaine, ne les impressionnent plus. Les hommes ne tournent même plus la tête en entendant les cris des étranglés, et j'en ai vu mangeant aussitôt après les pendaisons.

Les différences sociales d'autrefois disparaissent rapidement, mais il faut reconnaître que les différences d'instruction, de culture, ne sont pas moins rapides à disparaître. Le nivellement s'opère par le bas. Dans cette foule, et surtout à la première époque, il est difficile de distinguer un intellectuel d'un non-intellectuel. Leurs réactions sont identiques. Les seules différences qui persistent sont celles des nationalités. Bien qu'atténuées, dès que les conditions s'améliorent, certaines haines entre peuples sont les premières à réapparaître. C'est un fait qui mérite d'être signalé.

Dans la première époque, chez ces êtres indifférents, prostrés, hébétés et souvent anxieux, l'angoisse des coups et de la mort domine tout, même la faim. Plus tard, nous avons l'occasion d'entendre nos malades discuter des recettes culinaires d'autrefois pendant des journées entières. A ce moment-là on peut parler d'une véritable psychose de la faim.

Il est certain que tous ces malheureux ne se rendent pas compte de tout ce qu'il y a d'exceptionnel, de pathologique et de colossal dans la tragédie qu'ils vivent.

A côté de ces prostrés, vivent dans le camp plusieurs centaines de condamnés de droit commun allemands et quelques Polonais qui constituent les cadres du camp : chefs de blocks et de kommandos. Ces brutes tuent journellement plusieurs déportés en les battant, en les étranglant, en les pendant ou en provoquant par la violence de leurs sévices des fractures crâniennes ouvertes.

Nous avons l'impression que tout sens moral a disparu chez ces sadiques. Aucun regret et souvent un plaisir intense en accomplissant leurs crimes. Entre eux, le soir, ils ont une attitude très correcte et en écoutant leurs conversations, on ne peut se douter que chacun d'eux possède, à son actif, des centaines de crimes, dont plusieurs par jour. Fiers de leur puissance, ils sont heureux du rôle important qu'ils jouent dans la hiérarchie du camp. Ils ont perdu tout contact avec le reste du monde. Le chef du camp, un détenu allemand qui torture journellement, nous dit une fois : « Mon père savait que je deviendrais un grand homme, mais jamais il n'a pu se douter que son fils serait un jour chef de camp. »

C'est parmi ces condamnés de droit commun, assez bien nourris, que nous pouvons observer les rares cas d'homosexualité dans le camp.

Et, en opposition à ces brutes, à ces monstres, nous voyons des déportés qui, malgré leurs souffrances, la menace constante de la mort, l'atmosphère de brutalité, de sauvagerie et de crime, arrivent à vivre dans un climat de haute élévation morale, de haute spiritualité. Nous

sommes convaincu qu'ils ont atteint les sommets de l'idéalisme et de l'altruisme dans ces conditions anormales.

Ces cas ne sont pas l'apanage des intellectuels. Bien au contraire, nous avons la douleur de constater que les diplômes universitaires, témoignant de certaines connaissances, ne prouvent pas la valeur morale nécessaire à l'exercice d'une profession, et surtout de la médecine.

Et pourtant, à aucun moment, le rôle du médecin n'a été plus important que dans ces conditions exceptionnelles. Que de reconnaissance dans les regards de nos malades pour un mot d'encouragement, de réconfort ! Combien de fois entendons-nous nos tuberculeux ou nos pneumoniques dire : « Je suis convaincu, docteur, que si vous me donnez encore un comprimé — il s'agit d'une aspirine — je serai complètement guéri. Il m'a fait beaucoup de bien, je me sens mieux. » Et souvent, grâce à n'importe quel comprimé que nous avons pu obtenir, nous voyons la fièvre baisser et une amélioration importante se produire dans la maladie.

PATHOLOGIE du CAMP de FEMMES

Il est difficile de décrire les conditions atroces dans lesquelles vivent ces malheureuses ! Leur aspect squelettique, leur crâne rasé, leur corps plein d'hématomes, leur peau squameuse nous obligent à faire un effort pour reconnaître qu'il s'agit de femmes. Le manque d'hygiène se fait encore plus sentir que dans le camp des hommes par l'odeur lourde que dégagent leurs blocks, odeur de milliers de femmes qui ne peuvent se laver pendant des mois.

Le travail est aussi pénible que celui des hommes et, en général, elles sont plus mal vêtues. Il est fréquent de les voir tête et pieds nus, et même complètement nues. Elles savent montrer un courage et une dignité admirables pendant toute leur captivité.

La pathologie du camp des femmes est dominée par *l'aménorrhée constante,* générale, débutant brusquement chez beaucoup d'entre elles dès leur entrée dans le camp. Le changement brutal de climat, de mode d'existence, de milieu, le surmenage inhumain, l'alimentation carencée, les émotions complexes, toutes ces fautes d'hygiène groupées expliquent l'aménorrhée des camps de concentration.

Au moment de l'amélioration de la vie dans le camp, chez les plus favorisées (chefs de blocks ou déportées recevant des colis) cette aménorrhée devient inconstante et disparaît.

Fréquence des abcès du sein et des phlegmons tubéreux de l'aisselle.

Le noma. — La gangrène de la bouche apparaît dans le camp de femmes comme une maladie primitive évoluant chez les adultes. L'évolution est rapide et assez brutale. Elle ressemble à celle du noma au camp de Bohémiens que nous décrirons plus loin.

Block de gynécologie. — Il existe dans le camp des femmes un *block de gynécologie.* C'est ici que se font les rares accouchements qui

ont lieu dans le camp, chez les femmes dont l'état de grossesse n'a pas été remarqué par le médecin du camp à l'arrivée.

Pour éviter la mort des détenues, les femmes-médecins détenues aussi, provoquent des *avortements*. A partir de 1944, l'avortement devient obligatoire par ordre des médecins SS.

Les conditions de ces accouchements? Voici la description que nous donne une déportée, Mme Honel, femme d'un ancien député de la Seine :

« Un jour, j'étais de garde de nuit. Toute nouvelle dans le block, je ne connaissais pas encore les malades. Une femme s'est mise à crier. Une infirmière qui passait la nuit avec moi me dit que cette femme allait accoucher. Elle est allée chercher la sage-femme. Nous l'avons accouchée sur le poêle (un poêle traversant la baraque en longueur). C'est là qu'elle a accouché. C'était une Juive, enceinte de six mois à son arrivée au camp. Cet accouchement m'a énormément impressionnée. La baraque était plongée dans l'obscurité ; seule, une toute petite lampe brûlait au-dessus de la femme qui souffrait. Aucune malade ne dormait. Chacune écoutait, remuée jusqu'au plus profond de son âme ; chacune sentait qu'une vie nouvelle était en train de naître. Nous savions que cette vie n'allait durer que quelques heures, que pour sauver la mère il fallait tuer l'enfant. Mais nous entendîmes son premier cri. Le lendemain, la petite fille, étouffée, avait terminé sa courte vie. »

LE CAMP DES BOHÉMIENS

Le camp des Bohémiens est séparé du camp des hommes par des fils de fer barbelés ; entre nos blocks se trouve une distance de quatre à cinq mètres. Et pourtant, d'autres lois, d'autres habitudes règnent dans le camp des Bohémiens, et une pathologie particulière s'est développée chez eux.

Le camp des Bohémiens est un camp familial ; on voit ensemble des vieillards et des nourrissons, des hommes et des femmes. Tous ont gardé leurs costumes variés, pittoresques et leur mépris de l'hygiène.

La promiscuité est plus grande que dans les autres camps, du fait qu'ils restent presque tout le temps dans leurs blocks. Ils ne travaillent pas et, en général, ne sont pas battus. Malades, on ne les envoie pas aux gaz.

Leurs rations alimentaires sont les mêmes que dans les autres camps, mais ils ont le droit de recevoir des colis et, pour les enfants, il existe du pain blanc et une soupe spéciale.

L'activité médicale dans ce camp est dirigée par le professeur Epstein, de la Faculté de Médecine de Prague, qui est détenu dans le camp.

Grâce au fait que l'un des médecins SS est un de ses anciens élèves, il obtient des médicaments en plus grande quantité et, surtout, des régimes alimentaires spéciaux pour ses malades et pour les enfants.

Quelles sont les réactions de ces hommes qui ne travaillent pas et ne sont pas battus?

Les carences. — Le syndrôme complexe de carence observé dans notre camp et caractérisé par la cachexie rapide, les œdèmes d'apparition brutale et la diarrhée profuse, existe rarement avec tous ses symptômes dans le camp des Bohémiens.

En général, ce syndrôme se dissocie et on peut voir :

1. soit une cachexie atrophique ;

2. soit une cachexie avec œdème ;

3. soit une diarrhée chez un individu légèrement amaigri.

1° La cachexie atrophique se caractérise par l'amaigrissement massif, la déshydratation, la disparition du panicule adipeux et la fonte musculaire considérable ;

2° Cachexie avec œdème. L'œdème est, en général, un œdème des jambes, blanc, gardant le godet, pratiquement indolore (celui du tronc est exceptionnel). Une polyurie l'accompagne. A aucun moment les urines de ces cachectiques ne présentent de l'albumine.

A la période finale, ces œdèmes se compliquent de diarrhée. Ils évoluent vers la mort en quinze jours, avec fonte des œdèmes dans les deux ou trois jours précédant la mort.

Le traitement. — Considérant ces œdèmes comme le résultat d'une carence en protides, en potassium et calcium, le professeur Epstein prescrit et obtient pour ses malades un régime sec par suppression des liquides, constitué de viandes, pommes de terre bouillies et fromage. L'application de ce régime produit la fonte des œdèmes ; sa suppression amène leur réapparition.

Ainsi, l'épreuve thérapeutique de l'origine carencielle de ces troubles peut être faite grâce à un traitement rationnel. L'ingestion de 3-4 cuillerées d'une solution à 20 % d'acétate de potassium, malgré l'apport de l'ion K, donne des résultats pratiquement nuls.

3° *La diarrhée.* — Elle a, comme dans les autres camps, une origine carencielle. Elle est due surtout à la richesse en hydrates de carbone (diarrhée de farineux des nourrissons). Mais elle a un début subaigu : 4-5 selles liquides par jour. En général, absence de mucus et de sang dans les selles. Rapidement leur nombre augmente. Une véritable incontinence s'installe et la mort survient rapidement.

La thérapeutique montre encore une fois que ces diarrhées ont une origine carencielle. Un régime riche en substances protéiques, avec suppression des liquides, les guérit. Parallèlement à ce traitement, on administre à ces malades du kaolin, du tannin, du charbon et une solution de permanganate de potassium (1,25 gr. par litre).

Le noma est très fréquent au camp des Bohémiens. Il s'observe chez les enfants ou les adolescents après la rougeole, la coqueluche, ou comme maladie primitive.

Le début se caractérise par une stomatite ulcéreuse, se développant sur une muqueuse violacée phlicténulaire au niveau des gencives ou, plus souvent, à la face interne de la joue. Cette ulcération linéaire infiltrée, de plus en plus profonde, aboutit à la perforation de la joue, qui se traduit par une tache de nécrose noire, recouverte d'une couche

de débris putrilagineux sur la face externe de la joue. Dans d'autres cas, une escarre partant de la commissure labiale s'étend rapidement. La mort survient en cinq à six jours, précédée d'une diarrhée et d'une *tachycardie importante avec hypothermie.*

Le nombre des cas de noma oblige les médecins SS à imposer la recherche systématique des stomatites ulcéreuses.

En soumettant ces malades à un régime amélioré, riche en protides, on fait disparaître les stomatites ulcéreuses.

Au stade de gangrène, les sulfamides à forte dose par voie intraveineuse donnent de bons résultats. Les recherches bactériologiques mettent en évidence, dans ces cas de noma, une exagération de la flore bactériologique normale de la bouche, portant surtout sur l'association fuso-spirillaire.

A l'autopsie, on constate des lésions de broncho-pneumonie ayant évolué sans histoire clinique nette, et un gros foie.

Les autres maladies. — Signalons, comme dans les autres camps, l'absence d'urticaire, d'asthme, du rhumatisme articulaire aigu, des appendicites, des occlusions intestinales et surtout des tableaux cliniques d'avitaminose caractérisée.

Le typhus exanthématique. — Très fréquent. Mais les Bohémiens supportent très bien cette maladie qui, malgré l'état grave de carence, n'est mortelle qu'au-dessus de quarante ans. Les enfants font des formes frustes.

La tuberculose présente une évolution très rapide. Fréquence des formes ulcéro-caséeuses à grosses excavations.

Signalons l'absence de granulie, et surtout *les hémoptysies chez les enfants et même chez les nourrissons.*

Chez les enfants, l'atteinte, huit fois sur dix, est unilatérale.

L'érythème noueux est rare.

Pas de scarlatine, pas de dyphtérie, une vaccination antidyphtérique ayant été faite.

Une épidémie très grave de conjonctivite sévit dans ce camp, aux formes très variées : formes catarrhales, suppuratives, granuleuses, panophtalmies, etc. Ce sont ces cas de conjonctivite et de trachome que les médecins SS invoquent pour expliquer l'extermination par les gaz, le 1er août 1944, des 4.000 survivants de ce camp, sur 20.000 qui constituaient l'effectif à l'origine.

Les enfants et les nourrissons dans le camp. — En général, les nourrissons meurent après trois semaines de vie dans le camp.

Fréquemment, ils font des vomissements incoercibles, avec diarrhée cholériforme, des tétanies ou des tuberculoses à évolution très rapide

avec, dans certains cas, *des hémoptysies*. A cause de la gravité de ces syndrômes, ils n'ont pas le temps de présenter un scorbut ou un rachitisme.

Les enfants faisant une primo-infection meurent en 2 à 3 semaines.

La rougeole se complique de broncho-pneumonie, souvent mortelle.

La varicelle, par ses lésions nécrotiques profondes de la peau, est dans le camp une maladie très mutilante et souvent mortelle.

Pas de scarlatine, cas légers de typhus exanthématique. Comme lésions cutanées, signalons l'ecthyma de la région postérieure du tronc chez les enfants restant couchés et la fréquence de l'impétigo et des teignes faveuses.

LES EXPÉRIENCES " MÉDICALES "

Les premières expériences ayant lieu à Birkenau sont des stérilisations d'hommes de quinze à trente ans.

Plusieurs fois par semaine, des groupes de jeunes, surtout parmi les Juifs de Salonique, sont envoyés au camp des femmes. Là, en présence du professeur Schumann, médecin SS du camp, attaché à une unité de la Luftwaffe, se font des séances d'application de rayons X de cinq à quinze minutes, sur les testicules. Les radiodermites, accompagnées d'adénites considérables et d'ulcérations, sont fréquentes à la suite de ces applications intempestives de rayons X. Ces détenus sont gardés en observation au block 12 ; ils ne travaillent pas. Plusieurs examens spermatiques leur sont faits.

Deux à trois mois après, ils sont castrés à Auschwitz. On enlève les deux testicules, soit simultanément, soit en deux temps. Toutes ces opérations sont exécutées par le professeur Schumann, assisté par l'Unterscharführer Kohler.

A Auschwitz, les pièces anatomiques sont envoyées au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut de Breslau, qui contrôle ainsi les résultats obtenus par l'action des rayons X. Le professeur Champy, membre de l'Académie de Médecine, a pu trouver dans les laboratoires du docteur allemand Hirth, à Strasbourg, des préparations de testicules de sujets auxquels on avait fait, plusieurs semaines avant la mort, des injections intra-parenchymateuses de substance sclérosante.

A Auschwitz également, un block spécial, le block 10, est destiné aux expériences sur les femmes. Mon ami, le docteur Lettich, étudiera ces expériences dans sa thèse. Nous nous contenterons de les énumérer :

1° Stérilisation par application de rayons X, suivie de laparatomie exploratrice, hystérectomie totale ou ovariectomie ;

2° Injections de substances caustiques ou sclérosantes dans l'utérus, ou dans les trompes ;

3° Ligature des trompes ;

4° Injection dans le col de l'utérus d'un liquide prélevé sur des femmes présentant un cancer du col ;

5° Injection d'un produit inconnu sur des femmes enceintes, en vue de provoquer un accouchement prématuré ;

6° Essais d'un nouveau produit pour radiographier l'utérus. Ce produit est introduit sous pression et provoque des souffrances atroces ;

7° Expériences de fécondation artificielle ;

8° Application de solutions concentrées d'acétate d'alumine sur la peau, en vue d'obtenir un abcès ou un phlegmon ;

9° Injection sous-cutanée de pétrole au niveau des jambes. Un phlegmon se déclare, et le pus recueilli est envoyé à l'Institut de Breslau pour études, comme toutes les pièces anatomiques enlevées à la suite des expériences ;

10° Injections d'hormones sexuelles ;

11° Injections intraveineuses d'eau oxygénée à 33 % ou d'air ;

12° Essais de nouveaux produits des usines pharmaceutiques Bayer, etc., etc.

Enfin, tous les médecins SS du camp s'essaient à faire des amputations variées, des gastrectomies, etc., sur les détenus.

Quelles conclusions peut-on tirer de ces expériences?

1° La grande majorité est faite en amateur, par des médecins ne présentant aucune spécialisation scientifique particulière ;

2° La sphère génitale : stérilisation, castration, occupe une place prépondérante dans toute cette série d'expériences ;

3° Aucun résultat pratique, pour le développement de la science, n'a été atteint, à part de nouvelles méthodes d'obtention des phlegmons ou de réalisation des stérilisations ;

4° Aucune mesure d'aseptie n'est prise au cours de ces opérations et, bien souvent, ces « cobayes » humains sont sacrifiés après le prélèvement des organes intéressant les expérimentateurs ;

5° Dans quelques cas, ces expériences sont contrôlées scientifiquement par l'Institut de la Faculté de Médecine de Breslau, chargé d'en vérifier les résultats.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans rappeler les paroles du professeur de médecine légale, H. Desoille, ancien déporté de Mathausen :

« D'une façon générale, de sévères sanctions doivent être prises pour éviter la continuation de pareilles mœurs ».

LA MORT A BIRKENAU

En trois ans, quatre millions d'hommes, femmes et enfants ont été tués à Birkenau.

Il suffit de se rappeler que les forces britanniques ont eu, au cours de cette guerre, 336.722 tués, que les Etats-Unis, de Pearl-Harbour à la fin de la guerre en Europe, ont perdu, sur les champs de bataille, 214.000 morts, pour se rendre compte de la grandeur du massacre d'Auschwitz.

Nous avons indiqué plus haut les différentes causes de décès dans le camp : traumatismes violents suivis d'hémorragies abondantes, strangulation, défaillance cardiaque brutale, différentes maladies, etc.

Les fusillés. — En 1942 et 1943, les détenus polonais sont considérés comme otages, et à intervalles réguliers, 50, 100, voire même 400, sont fusillés à Auschwitz.

Les pendaisons se déroulent avec un cérémonial particulier devant tous les détenus rassemblés, en présence du chef du camp et du médecin SS. Une sentence est lue au nom du Reichführer SS. En juillet et août 1944, les pendaisons ont lieu une ou deux fois par semaine. Les pendus sont des Polonais, des prisonniers de guerre russes, des Juifs de France, de Slovaquie, etc. Tous font preuve d'un calme imperturbable, d'un courage admirable.

Les suicidés. — Il est normal, le matin, d'entendre les coups de fusil qui achèvent ceux qui ont tenté de se suicider en touchant les fils de fer électrifiés qui entourent le camp

Il nous a été donné d'observer quelques cas d'électrocution par ce moyen. En général, les électrocutés restent accrochés aux barbelés et il n'est possible de les enlever que plusieurs heures après, quand toute tentative de réanimation est inutile.

Les piqûres de phénol intra-cardiaques. — Au début de 1943, les malades sont exterminés dans une chambre spéciale du block 8, par des injections intra-cardiaques de phénol. Les piqûres sont faites par un Unterscharführer SS sur des malades assis, avec une aiguille intramusculaire. Le nombre de malades ainsi tués à chaque séance varie de dix à 50. La mort est immédiate quand le SS peut injecter le phénol dans une cavité cardiaque.

Les chambres à gaz et les fours crématoires. — Environ 3.500.000 déportés de tous âges ont été massacrés dans les chambres à gaz.

A l'arrivée de chaque transport, le médecin SS du camp choisit ceux qui sont destinés à entrer dans le camp. Les autres sont conduits dans des voitures, vers les fours crématoires. Une voiture-ambulance de la Croix-Rouge, portant l'acide cyanhydrique, suit cette longue colonne de voitures.

En 1944, la ligne de chemin de fer est prolongée jusqu'aux portes des fours crématoires, qui sont au nombre de quatre.

Nous tenons à reproduire exactement la description des fours crématoires, qui a été faite par le docteur Bendel, de Paris, ancien médecin du kommando de 850 hommes, qui brûlait les cadavres :

« Une double ligne de chemin de fer amène les déportés à la porte même des crématoires jumeaux 1-2. Par leurs chambres spacieuses munies de téléphone et de T. S. F., avec leur salle de dissection ultra-moderne, leur musée de pièces anatomiques, ils constituaient, comme me disait cyniquement un SS, « ce qu'on avait fait de mieux dans ce genre ».

« Le transport des condamnés à mort pénétrait dans une grande salle souterraine qui servait de vestiaire. Le mot d'ordre étant que tout le monde devait se baigner pour passer ensuite à la désinfection. Chacun attachait ses affaires et, suprême illusion, les plaçait sur une penderie correspondant à son numéro. De là, entièrement nus, ils pénétraient par un étroit couloir dans les chambre à gaz proprement dites (au nombre de deux). Construites en béton armé, on avait l'impression, tellement il était bas, que le plafond vous tombait sur la tête.

« Au milieu de ces chambres, descendant du plafond, deux tuyaux grillagés à soupape extérieure, servaient à l'émission des gaz. Par une petite lucarne située dans la double porte de chêne massif, le SS pouvait suivre l'effroyable agonie de tous ces malheureux.

« Les cadavres étaient ensuite sortis par les hommes du kommando et mis dans un ascenseur qui les remontait au rez-de-chaussée où se trouvaient les seize fours. Leur puissance globale était d'environ 2.000 cadavres par 24 heures.

« Les crématoires 3 et 4 étaient de dimensions plus modestes, avec leurs huit fours d'une puissance de 1.000 cadavres par 24 heures. Le « rendement » de ces fours étant jugé insuffisant, ils furent remplacés

par trois fosses, longues chacune de 12 mètres, larges de 6 mètres et profondes de 1 m. 50. Leur puissance d'incinération était de *mille personnes en une heure*. Elle fut encore augmentée par le percement d'un conduit amenant la graisse humaine dans un réservoir de récupération. »

Et, toujours le docteur Bendel, nous donne la description de l'extermination d'un transport par le gaz :

« Il est midi, quand une longue file de femmes, enfants, vieillards, entrent dans la cour du crématoire. Ce sont des gens du ghetto de Lodz. On les sent harassés, fatigués, angoissés.

« Le chef suprême des crématoires, le Hauptscharführer Mohl, monte sur un banc pour leur annoncer qu'ils vont aller se baigner, un café chaud les attendant après. On applaudit. Les pauvres gens se sentent plus rassurés. Quelques enfants crient qu'ils ont soif. Les SS, magnanimes, ordonnent qu'on leur apporte de l'eau. La fiction doit rester jusqu'au bout, l'ordre doit régner.

« Tout le monde se déshabille dans la cour. Les portes du crématoire s'ouvrent et ils entrent dans la grande salle qui, en hiver, sert de vestiaire. Entassés comme des sardines, ils se rendent compte qu'ils sont pris dans un piège d'où ils ne pourront plus s'échapper.

« L'ambulance de la Croix-Rouge arrive. Le docteur Klein, Obersturmführer, en descend. Il est porteur des boîtes à gaz (acide cyanhydrique).

« Tout est prêt. On ouvre les portes du vestiaire et une cohue invraisemblable commence.

« Les premiers qui entrent dans la chambre à gaz commencent à reculer. A coups de crosses, en fracassant la tête des femmes affolées qui serrent convulsivement leurs enfants, les SS font cesser le flux et le reflux humains.

« Les doubles portes en chêne massif se ferment. Pendant deux interminables minutes, on entend des coups contre les murs, des cris qui n'ont plus rien d'humain. Puis, plus rien.

« Cinq minutes après, on ouvre les portes. Comme une cataracte, les corps entassés, contractés, dégringolent. Certains sont tellement enlacés les uns aux autres qu'on a toutes les peines du monde à les dégager.

« Pleins de sang, ils donnent l'impression d'avoir lutté désespérément contre la mort.

« Au fur et à mesure de leur dégagement, les corps encore chauds reçoivent la visite du coiffeur, qui leur tond les cheveux, et du dentiste qui leur arrache les dents en or. »

Est-il besoin d'ajouter à ce récit que souvent les SS fracassaient les crânes des bébés avant de les jeter dans les flammes, ou qu'ils brûlaient des jeunes femmes vivantes?

VUE D'ENSEMBLE

Nous avons essayé d'exposer objectivement, sans aucun commentaire, ni aucune épithète, nos observations et celles d'un grand nombre de camarades médecins sur la pathologie du camp de Birkenau.

Nous ne pouvons pas terminer notre thèse sans donner brièvement quelques impressions d'ensemble sur ce camp.

Le massacre d'Auschwitz est caractérisé par sa longue durée et par le nombre considérable de ses victimes. Parmi celles-ci, les enfants et les nourrissons tués se chiffrent à plusieurs centaines de milliers.

Le massacre d'Auschwitz se distingue aussi des autres massacres de l'histoire par le fait qu'il n'y avait aucun élément émotif, passionnel dans son étyologie. C'était un massacre logique, calmement prémédité, longuement étudié et froidement exécuté.

Sa conception a été le résultat d'une étroite collaboration entre hommes d'Etat, chimistes, médecins, psychiâtres, ingénieurs, soldats, etc.

Sa réalisation a nécessité l'appui d'une organisation de vaste envergure, disciplinée et méthodique, ayant des ramifications dans tous les pays d'Europe.

Pour tous les déportés de tous les camps de concentration, la préméditation de ces crimes ne fait aucun doute.

Le professeur Charles Richet, membre de l'Académie de Médecine, déporté à Buchenwald, a su synthétiser cette certitude en des termes que nous nous faisons un devoir d'invoquer :

« L'organisation de ces camps eût-elle pour but de tuer le plus grand nombre d'entre nous? Je me suis posé cette question en toute objectivité, sans haine, contre un pays qui fut une grande nation et a donné au monde, dans le passé, nombre de savants éminents, et je suis forcé de répondre : oui. Une mortalité de 10 % par an dans un bagne est quasi normale, une mortalité de 10 % par mois impliquait, de façon certaine, le désir de nous supprimer. Tous : Juifs, communistes ou résistants, ils nous considéraient comme leurs pires ennemis, donc : à supprimer. »

A Auschwitz-Birkenau, cette préméditation nous a paru plus évidente, car pendant des années nous avons su, un ou deux mois à l'avance, de quel pays et en quel nombre seraient les hommes qui allaient venir se faire exterminer par la vie au camp ou par les gaz.

Et, malgré les distances de plusieurs milliers de kilomètres, malgré la guerre, nous avons vu venir ces convois de condamnés à mort aux dates prévues.

Abstraction faite qu'il s'agissait des hommes et de la mort, à Birkenau, on aurait pu se croire au centre d'une grande entreprise économique, important des hommes de tous les coins de notre vieux continent, pour les transformer en cendres et en fumée dans les quatre fours crématoires.

Comment s'expliquer que des millions d'hommes, dont beaucoup venaient des champs de bataille ou du maquis, se soient laissés si facilement massacrer? Pour répondre à cette question il faut invoquer le rôle des psychiâtres ou des pédagogues qui ont participé à cette réalisation. Eux ont su par une série de petits détails minutieusement étudiés et judicieusement choisis, donner l'impression d'être des hommes cultivés, respectueux des lois internationales, des principes de base de toute morale, tout en préparant la plus gigantesque tuerie que l'humanité ait connue.

Il est difficile de décrire tout le réconfort que pouvait apporter à ces malheureux la voiture ambulance de la Croix-Rouge, les refrains d'une valse de Strauss exécutés par l'orchestre des détenus, et le spectacle d'un match de football disputé à l'ombre des fours crématoires.

Et ces pédagogues, ces médecins, ces psychiâtres ont préparé aussi la sauvagerie dans le camp. Ce sont eux qui ont éduqué la jeunesse allemande, parmi laquelle ils ont sélectionné les SS. Ce sont eux qui sont allés chercher dans les bagnes les criminels, les condamnés de droit commun, pour cultiver parmi eux, et pour choisir, après plusieurs repiquages dans des milieux de culture parfaitement étudiés, ceux qui devaient créer cette atmosphère de sauvagerie, de bestialité, de crime, à l'intérieur du camp.

Pour nous, la monstruosité d'Auschwitz réside dans le fait que ce massacre ait été conçu et réalisé par des hommes.

Pour nous, la surprise atroce d'Auschwitz a été de constater que la culture n'a pas amélioré l'homme. Bien au contraire, c'est grâce à la culture et au stade actuel du développement technique, que ce cataclysme humain a été possible.

C'est pourquoi nous considérons d'une extrême gravité cette déviation pathologique de notre culture, de notre civilisation, cette absence complète de morale.

C'est pourquoi nous croyons que le phénomène d'Auschwitz mérite d'être étudié avec une attention particulière, car il pose d'une façon angoissante le problème de l'homme.

CONCLUSIONS

1° 450 à 500.000 hommes et femmes sont morts en trois ans dans le camp de Birkenau à cause des conditions anormales dans lesquelles ont vécu ces déportés, amenés de tous les pays d'Europe.

2° La durée moyenne de la vie dans le camp oscillait entre quinze jours et six mois, suivant les époques.

3° A cause d'une ration alimentaire insuffisante et déséquilibrée, d'un effort musculaire et psychique violent et continu, des états de carence apparaissaient brutalement. La perturbation du métabolisme de l'eau domine le tableau clinique.

Ces carences graves, aboutissant à la mort, se caractérisaient par :

a) une cachexie totale, complète, d'une intensité impressionnante ;

b) des œdèmes apparaissant dès les premiers jours de vie au camp ;

c) une diarrhée profuse, s'accompagnant d'incontinence ;

d) une tachycardie élevée ;

e) une polyurie intense ;

f) une aménorrhée générale dans le camp des femmes ;

g) une diminution de l'activité intellectuelle et un état psychique d'indifférence, d'hébétude ;

h) et souvent, chez les enfants et les adolescents, un noma.

4° A aucun moment nous n'avons observé dans le camp de tableaux cliniques d'avitaminose caractérisée.

L'absence des vitamines B_1, B_2 et P P s'est traduite par une série de symptômes associés aux signes de la carence globale.

5° La tuberculose, en tenant compte des conditions extrêmement favorables à son éclosion, a été relativement rare. Les formes ulcéro-caséeuses, à cavernes multiples volumineuses, souvent rencontrées, évoluaient rapidement vers la mort.

Plusieurs hémoptysies ont été observées chez les enfants et même chez les nourrissons.

6° Le typhus exanthématique a existé dans le camp à l'état endémique et a été la cause de la mort de nombreux détenus. Les cachectiques supportaient relativement bien cette maladie. Le délire onirique violent avait comme thème, en général, un sujet de la vie au camp.

7° Le nombre des traumatismes d'une violence extrême, très variés et très graves (plaies ouvertes, fractures complexes, etc.) a été impressionnant. Ils étaient dûs aux sévices des SS.

Des infections graves à évolution brutale compliquaient ces lésions. La suppuration était considérable et durable. La tendance à la nécrose, constante, la cicatrisation lente, extrêmement difficile à obtenir.

8° Parmi les lésions cutanées, très variées, le sycosis tricophytique de la barbe occupe une place prépondérante, à cause du pourcentage très grand de détenus qui en ont été atteints.

L'application des rayons X dans les cas de trycophitie a déterminé des radiodermites aiguës, très graves.

9° Malgré la tension nerveuse anormale dans laquelle ont vécu les déportés pendant très longtemps, nous n'avons pas observé dans le camp de cas psychopathologiques caractérisés.

10° Un grand nombre d'expériences médicales ont été faites par les médecins allemands sur les déportés. La grande majorité avait pour but d'obtenir la stérilisation ou la castration des déportés. En général, elles ont été faites par des hommes qui n'avaient aucune préparation scientifique, et souvent en amateur.

Un très petit nombre en a été contrôlé par l'Institut de la Faculté de Médecine de Breslau.

11° Trois millions et demi de déportés ont été gazés par l'acide cyanhydrique à Birkenau. Le nombre des enfants et nourrissons tués dans les chambres à gaz s'élève à plusieurs centaines de mille.

Plusieurs milliers de cadavres ont été brûlés journellement dans les quatre fours crématoires.

12° L'ampleur du massacre, la participation de la science à sa réalisation, l'organisation continentale, qui ont été nécessaires à son exécution, font du phénomène Auschwitz une création anormale, pathologique par ses origines et ses résultats.

Auschwitz mérite d'être étudié avec une profonde attention, car nous croyons qu'il pose d'une façon angoissante le problème de l'homme.

Vu : *Le Président,*

C. CHAMPY.

Vu : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

TÉMOIGNAGES SUR AUSCHWITZ : *Livre Blanc* publié par l'Amicale d'Auschwitz et des Camps de Haute-Silésie (sous presse).

L. ADELSBERGER : *Observations médicales dans le camp de concentration d'Auschwitz* (*Lancet*, 1946, n° 3, p. 317-319).

J. BENASSY : *Deux nouveaux cas d'atrocités scientifiques allemandes. Masculinisation expérimentale* (*Les Echos de la Médecine*, n° 17, 1er septembre 1945, p. 1).

Etienne BERNARD : *Le placement des tuberculeux en stations de cure et le retour des prisonniers et déportés* (*La Presse Médicale*, n° 14, 7 avril 1945, p. 191).

G. BLECHMANN : *Notes sur l'activité pédiatrique du camp de Drancy* (Société de Pédiatrie de Paris, séance du 16 janvier 1945, in : *Archives Françaises de Pédiatrie*, t. II,, n° 5, 1944-1945, p. 203).

Germain BLECHMANN : *Notes sur l'activité pédiatrique du camp de Drancy*, juillet-décembre 1942 (Société de Pédiatrie, 15 janvier 1945, in : *Le Nourisson*, n° 1, janvier-février-mars 1945, p. 23-24).

Pierre BOURGEOIS et R. GENEVRIER : *Le dépistage systématique de la tuberculose chez les prisonniers de guerre et déportés* (Société Médicale des Hôpitaux, 22 février 1946, *La Presse Médicale*, 9 mars 1946).

J. CAHEN : *Chirurgie expérimentale dans un camp allemand* (*Acta Chir. Belgica*, 1946, n° 1, p. 16-18).

Paul CARNOT : *Réception à l'Académie de Médecine du Professeur Ch. Richet, libéré du camp de Buchenwald* (*Paris Médical*, n° 12, 30 avril 1945, p. 1).

Christian CHAMPY : *Expérimentation sur l'homme, camp de déportation* (*Le Médecin Français*, n° 41, 25 mai 1945, p. 6-7).

C. CHAMPY, RISLER : *Sur une série de préparations histologiques trouvées dans le laboratoire d'un professeur allemand. Expériences faites sur l'homme au camp de Struthof* (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, nos 16, 17, 18, séance du 1er mai 1945, p. 263-266. In : *Presse Médicale*, n° 20, 19 mai 1945, p. 258).

C. CHAMPY, RISLER : *Une série de préparations histologiques trouvées dans le laboratoire d'un professeur allemand révèle les expériences faites sur l'homme au camp de Struthof* (*Les Echos de la Médecine*, n° 9, 1er mai 1945, p. 1, 3e colonne).

Louis CHEVILLARD, Raymond JACQUOT et Jean RÖCHE : *Sur le traitement des états de dénutrition azotée d'origines diverses par les hydrolysats protéiques* (*La Revue Médicale*, 18 août 1945)

Henri CHRÉTIEN : *Extermination « scientifique », camp de déportation* (*Le Médecin Français*, n° 41, 25 mai 1945, p. 3).

COURRIER et POUMEAU-DELILLE : *Présentation d'un jeune déporté castré dans le camp d'Auschwitz en 1943* (Académie de Médecine, 19 juin 1945, t. 129, nos 22, 23, 24, p. 414. In : *La Presse Médicale*, n° 26, 30 juin 1945, p. 355).

N. CROUZET : *Données pratiques sur la pathologie des rapatriés. Quelques idées sur les camps de concentration allemands* (Société de Médecine de Marseille, 27 février 1946, *La Presse Médicale*, 6 juillet 1946, n° 31, p. 457).

G. DEFOUG : *Le contrôle médical des prisonniers, travailleurs et déportés rapatriés* (*Gazette Médicale de France*, 2e numéro de mai 1945, t. 52, n° 10, p. 189).

P. DELORE, P. BAUP et FAIVRE : *Sur l'état de santé des rapatriés. A propos de 65 observations de déportés et prisonniers* (*Lyon Médical*, 1946, n° 3, p. 33-40).

DENIER : *Alimentation des déportés en Allemagne* (*Le Concours Médical*, n° 51, 20, XX, 1945, p. 1.012-1.013).

L. DEROBERT : *L'utilisation des stupéfiants dans les camps de prisonniers français en Allemagne. A propos du décret du 28 août 1945* (*Annales de Médecine légale*, n° 6, novembre-décembre 1945, p. 206-208).

Henri DESOILLE : *Assassinat systématique de prisonniers malades par les médecins nazis* (*La Presse Médicale*, 13 octobre 1945).

T. DESMONTS : *Les manifestations cutanées de la carence alimentaire dans un groupe de déportés politiques* (Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, *La Presse Médicale*, 4 mai 1946).

DIBRA-MENZELXIU : *Psychoses dans les camps de concentration* (*Thèse de Paris*, 1942).

Claude DREYFUS : *Je reviens de Dora...* (*Le Médecin Français*, n° 42, 10 juin 1945, p. 10-11).

P.-L. FRESNEL : *La chirurgie au camp de Buchenwald* (*Archives Hospitalières*, 1946, n° 7-8).

G. FRIC : *La vie médicale des camps de déportés vue par un médecin* (*L'Auvergne Médicale*, n° 8, octobre 1945, p. 277-286).

M. GABE : *Deux ans de pratique médicale dans un kommando dépendant d'Auschwitz* (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 38, 14 octobre 1945, p. 1.087-1.091).

Ch. GONNET : *Conduite tenue par les services de santé allemands et alliés contre l'épidémie de typhus du camp de Dachau de 1944-1945* (*La Presse Médicale*, 1946, n° 3).

Christine HENDRICKX-DUCHAINE, F. PARISEL-LECLERCQ : *Prélèvement forcé d'un greffon osseux à des prisonnières d'un camp de concentration allemand* (*Bruxelles Médical*, n° 20, 28 octobre 1945, p. 946-947).

Maurice HOCHFELD : *Pathologie des camps* (*Le Médecin Français*, n° 44, 10 juillet 1945, p. 6-7, et n° du 25 juillet 1945, p. 10-11, suite).

Jean-Marie INBONA : *Les avitaminoses dans le camp de concentration de Buchenwald* (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 27, 21 juillet 1945, p. 737-740 ; *Le Médecin Français*, n° 43, 25 juin 1945, p. 4-5).

Jean-Marie INBONA, Hughes GOUNELLE : *Aperçu général et traitement des états de dénutrition observés chez les déportés à leur retour des camps de concentration allemands* (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 27, 21 juillet 1945, p. 740-741).

Maurice LAMY, Michel LAMOTTE, Mme S. LAMOTTE-BARRILLON : *Etudes et réflexions sur les troubles constatés dans les états de dénutrition* (*La Presse Médicale*, 3 août 1946, n° 36, p. 510-511).

Maurice LAMY, Michel LAMOTTE, Mme S. LAMOTTE-BARRILLON : *Les états de dénutrition. Observations cliniques et thérapeutiques. Etude physico-chimique du sang et du liquide d'œdème dans les états de dénutrition. Etude anatomique des états de dénutrition* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 21 juin 1946 ; *La Presse Médicale*, 6 juillet 1946, n° 31, p. 454-455).

G. LAVALÉE : *Témoignages de médecins sur les camps d'extermination en Allemagne* (*Le Concours Médical*, n° 22, 10 juin 1945, p. 409-410).

LECONTE : *Un cas record d'internements collectifs d'office, 106 internements illégaux simultanés* (Société de Médecine légale de France, 12 novembre 1945. In : *Presse Médicale*, n° 2, 12 janvier 1946, p. 19).

M. LECONTE : *Un cas record d'internements collectifs d'office, 106 internements illégaux simultanés* (*Annales de Médecine légale*, n° 6, novembre-décembre 1945, p. 209-211).

Jean LEREBOULLET : *Les camps de torture nazis : leur pathologie* (*Paris Médical*, n° 15, 30 mai - 22 juin 1945, p. 114).

A. LETTICH : *Trente-quatre mois dans les camps de concentration. Témoignage sur les crimes « scientifiques » commis par les médecins allemands* (*Thèse de Paris*, 1946).

R. LEVENT : *Nouveau « Souvenirs de la maison des morts ». La pathologie de la déportation* (*Gazette des Hôpitaux*, n° 11, 1er juin 1945, p. 172-173).

MARQUEZY : *Mesures à prendre pour la protection des nourrissons rentrés d'Allemagne* (Société de Pédiatrie, 19 juin 1945 ; *La Presse Médicale*, 8 septembre 1945).

Mme MARTINET, née ROSENBERG : *Ce que j'ai vu en Allemagne. Quelques aspects médicaux de la déportation* (*Thèse de Montpellier*, 1945, Diplôme d'Université).

P.-L. MOLLISON : *Observations sur des cas d'inanition à Belsen* (*Brit. M. J.*, 1946, n° 4.435, p. 4-8).

G. MOURIQUAND : *A propos des graves dénutritions actuelles. Remarques biocliniques sur l'athrepsie et le « terrain » athrepsique* (*La Presse Médicale*, 18 août 1945).

Ph. PAGNIEZ : *Le camp de l'horreur. Camp de Belsen* (*La Presse Médicale*, n° 30, 28 juillet 1945, p. 413).

A. RAYBAUD et P. SOULIER : *Données pratiques sur la pathologie des rapatriés. Aspects tardifs de la tuberculose pulmonaire des déportés rapatriés* (Société de Médecine de Marseille, 13 mars 1946 ; *La Presse Médicale*, 6 juillet 1946, n° 31, p. 457).

Ch. RICHET : *La médecine au bagne. Buchenwald, janvier 1944 - avril 1945* (*La Presse Médicale*, n° 28, 14 juillet 1945, p. 389-390).

Ch. RICHET : *Le typhus exanthématique au camp de déportés de Buchenwald* (Société de Médecine des Hôpitaux, 4 mai 1945. In : *La Presse Médicale*, n° 20, 19 mai 1945, p. 259).

Ch. RICHET : *Notes médicales sur le camp de Buchenwald en 1944-1945* (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. 129, nos 22, 23, 24. ; séance du 12 juin 1945, p. 377-388. In : *La Presse Médicale*, n° 25, juin 1945, p. 341. In : *Le Progrès Médical*, nos 11-12, 10-24, juin 1945, p. 190).

Ch. RICHET : *Notes sur le typhus exanthématique observé à Buchenwald* (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 15-16, 1945, p. 183-187, séance du 4 mai 1945).

Ch. RICHET : *La médecine au bagne de Buchenwald, janvier 1944 - avril 1945* (*Médecine et Hygiène*, n° 64, 15 décembre 1945, p. 8).

H. ROGER et Albert CRÉMIEUX : *Pathologie neuro-psychiâtrique des rapatriés* (Société de Médecine de Marseille, 27 février 1946 ; *La Presse Médicale*, 6 juillet 1946, n° 31, p. 457).

G. ROOS : *L'alimentation des déportés en Allemagne* (*Le Concours Médical*, n° 1, 10 janvier 1946, p. 13).

J. ROUBINOVITCH : *L'œuvre salvatrice des sanitaires russes au camp d'Auschwitz* (*La Presse Médicale*, n° 42, 20 octobre 1945, p. 568).

Jean ROUSSET : *Aperçu sur la dermatologie dans un camp de concentration. Buchenwald, novembre 1943 - avril 1495* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, n° 614, 5 août, p. 479-490).

Jean ROUSSET : *Réflexions sur les affections dermatologiques dans un camp de concentration. Buchenwald* (Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Filiale lyonnaise, séance du 28 juin 1945. In : *Lyon Médical*, n° 35, 2 septembre 1945, p. 197).

P. SARRADON et J. BOUDERESQUE : *Notes pratiques sur la pathologie des agents de la S. N. C. F.* (*Gare Saint-Charles*) *rapatriés d'Allemagne* (Société de Médecine de Marseille, 13 mars 1946 ; *La Presse Médicale*, 6 juillet 1946, n° 31, p. 457).

M. SENDRAIL et BRUNIES : *Recherches sur les carences en facteur C dans un camp d'internés* (Société de Médecine chirurgicale et pharmaceutique de Toulouse, juillet 1945. In : *La Presse Médicale*, n° 36, 8 septembre 1945, p. 484).

A. SIMONART : *Quelques observations pathologiques faites au camp de Buchenwald, peut-être en rapport avec la malnutrition* (*Acta. Gestr. Ent. Belg.*, 1946, 9, n° 1).

WAITZ : *Les instituts de médecine expérimentale SS dans les camps de concentration en Allemagne* (Société Médicale des Hôpitaux, séance du 11 mai 1945. In : *Le Progrès Médical*, n°s 9-10, 10-24, mai 1945, p. 159).

WAITZ : *Le centre d'expérimentation humaine sur le typhus exanthématique au camp d'internement de Buchenwald* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 11 mai 1945. In : *La Presse Médicale*, n° 21-26, mai 1945, p. 269).

R. WAITZ et M. CIEPIELOWSKI : *Le typhus expérimental au camp de Buchenwald* (*La Presse Médicale*, 18 mai 1946, n° 23).

X... : *Sur une série de préparations histologiques trouvées dans le laboratoire d'un professeur allemand. Expériences faites sur l'homme au camp de Struthof* (*Minerva Médic., Turin, An. 36*, vol. 2, n° 40-41, 6-13 octobre 1945, p. 118).